



FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina Preventiva,

Salud Pública y Microbiología

**Violencia de Pareja hacia las Mujeres: resiliencia,  
cribado y nuevas formas de violencia a través de medios  
electrónicos. Estudio transversal en población general**

**Tesis Doctoral**

Myrian Pichiule Castañeda

**Director y Directora**

Vicente Pastor y Aldeguer

María Ordobás Gavín

Madrid, 2017

*“La mejor vida no es la más larga,  
sino la más rica en buenas acciones”*

*Marie Curie*

A Irma, sin ti no hubiésemos visto la luz

## Agradecimientos

Tras un largo camino hemos llegado a la meta y quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas aquellas personas que han hecho posible que este trabajo vea la luz.

A Ana Gandarillas por haberme guiado en este proceso y por alentarme siempre a continuar, por responder a todas mis dudas, por sus valiosas críticas, comentarios y revisiones a esta tesis.

A María Ordobás por su tiempo, por sus acertadas palabras en los momentos más críticos, por animarme a seguir adelante y a priorizar tareas para alcanzar así mi objetivo, y por las exhaustivas revisiones que realizó a los borradores de la tesis.

A Vicente Pastor por su paciencia, por haberme orientado a darle coherencia al contenido de la tesis y por haber compartido su amplia experiencia como profesor de la universidad.

A Milagros Santos por su gran predisposición a ayudar y por haberme brindado información clave de los trámites administrativos de la universidad.

A mis tres maestras: Angels Figuerola, por haberme acogido desde el primer momento y por enseñarme el fascinante mundo de la preventiva hospitalaria; a Ana Gandarillas, por facilitarme el aprendizaje del método científico, los programas estadísticos y guiarme en la elaboración de informes, a Felicitas Domínguez por enseñarme la importancia de la difusión de resultados de una investigación a la comunidad científica. Ellas han sido mis maestras no solo en el ámbito profesional sino también en el plano personal.

A todo el equipo de epidemiología y promoción de la salud de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid que trabajan desde hace muchos años en la prevención y vigilancia de la violencia de pareja hacia las mujeres, en especial a Ana Gandarillas, María Ordobás, Marisa Pires, Luisa Llasheras, Belén Zorrilla, Michela Sonego, Carmen García Riobobos y Mirtha Maguiña. Sin el trabajo que ellas han realizado previamente, nada de esto hubiera sido posible.

A cada una de las mujeres que contestaron la encuesta, por su tiempo, por haber compartido su experiencia vital de este tema tan complejo. Todas ellas, aún sin saberlo, ayudan desinteresadamente a incrementar el conocimiento en esta área de investigación.

A mis compañeras y compañeros de trabajo del Hospital Universitario de la Princesa, del Servicio de Epidemiología y de Informes de Salud y Estudios de Salud Pública de la Comunidad de Madrid por permitirme estar a su lado y aprender de ellos.

A mis amigas y amigos que en su día fueron residentes de Medicina Preventiva: Marta Ruiz, Pilar Gallego, Antonio Valdivia por el buen equipo que formamos. A las mujeres fuertes y sabias que estuvieron conmigo cuando más las necesitaba: Irma, Angi, Samantha, Cristina, Ana, María y Feli.

A la familia que me formó y me enseñó con el ejemplo. A mi madre Irma Evanof por inculcarme la perseverancia y la planificación en la consecución de los objetivos y por haberme ayudado a finalizar la tesis. A mi padre Julio Nicanor que me inculcó el amor por el estudio y la paciencia, sé que donde estés podrás ver que lo he conseguido. A mi hermano Julio Manuel por haberme puesto como ejemplo obligándome a ser mejor.

A Giancarlo, por haber sido mi inspiración, mi mejor amigo y el principal testigo de mi vida durante muchos años.

A Dios por haberme dado fortaleza y por haber puesto en mi camino a ángeles que me entregan su amor incondicional.

## Listado de tablas

Tabla 1.	Conferencias mundiales sobre la mujer
Tabla 2.	Reuniones de seguimiento de la IV Conferencia Mundial de Beijing
Tabla 3.	Principales acciones europeas en la lucha contra la violencia de género
Tabla 4.	Programas europeos de prevención de violencia
Tabla 5.	Principales leyes, planes y normas técnicas en materia de violencia de género en España
Tabla 6.	Cuestionario de la Comunidad de Madrid de violencia de pareja hacia las mujeres (VPM)
Tabla 7.	Escala de apoyo social funcional Duke- UNC-11
Tabla 8.	Características sociodemográficas de las mujeres encuestadas
Tabla 9.	Características de la relación de pareja y del hogar de las mujeres encuestadas
Tabla 10.	Características sociodemográficas de las parejas / ex parejas de las mujeres encuestadas
Tabla 11.	Características sociodemográficas de las mujeres y asociación con VPM
Tabla 12.	Características de las relaciones de pareja y del hogar asociadas a VPM
Tabla 13.	Niveles de apoyo social percibido en la población estudiada
Tabla 14.	Niveles de apoyo social percibido y asociación con VPM
Tabla 15.	Aspectos que aborda el cuestionario CD-RISC-10
Tabla 16.	Niveles de resiliencia en la población estudiada
Tabla 17.	Características sociodemográficas de las mujeres según niveles de resiliencia
Tabla 18.	Características de la relación de pareja y del hogar según niveles de resiliencia
Tabla 19.	Características sociodemográficas de parejas /ex parejas según niveles de resiliencia
Tabla 20.	Niveles de resiliencia y asociación con VPM
Tabla 21.	Resultados del análisis de interacciones de distintas variables con resiliencia en el modelo saturado
Tabla 22.	Variables de estudio según tipo de relación explorada
Tabla 23.	Asociación entre VPM, resiliencia y variables confusoras en mujeres con pareja actual
Tabla 24.	Asociación entre VPM, resiliencia y variables confusoras en mujeres con ex pareja
Tabla 25.	Criterios de puntuación del WAST
Tabla 26.	Resultados de una prueba diagnóstica
Tabla 27.	Características sociodemográficas de las mujeres según grupos de edad
Tabla 28.	Características de la relación de pareja y del hogar de las mujeres según grupos de edad
Tabla 29.	Características sociodemográficas de las parejas /ex parejas de las mujeres según grupos de edad
Tabla 30.	Prevalencia, tipos y gravedad de VPM según grupos de edad
Tabla 31.	Respuesta a las preguntas de la versión corta del WAST según grupos de edad

Tabla 32.	Índices de validez del WAST según los dos criterios de puntuación y según grupos de edad
Tabla 33.	Puntuación del cuestionario de acoso y control a través de medios electrónicos.
Tabla 34.	Características sociodemográficas de las mujeres jóvenes según grupos de edad
Tabla 35.	Características de la relación de pareja y del hogar de las mujeres jóvenes según grupos de edad
Tabla 36.	Características sociodemográficas de la pareja/ ex pareja de las mujeres jóvenes según grupos de edad
Tabla 37.	Prevalencia, tipos y gravedad de VPM en las mujeres jóvenes
Tabla 38.	Respuesta a las preguntas de acoso y control a través de medios electrónicos en mujeres jóvenes
Tabla 39.	Asociación entre VPM y acoso y control a través de medios electrónicos en mujeres jóvenes
Tabla 40.	Índices de validez de las preguntas de acoso y control a través de medios electrónicos en mujeres jóvenes según grupos de edad
Tabla 41.	Índices de validez de WAST en mujeres jóvenes según los dos criterios de puntuación y grupos de edad

## Listado de figuras

- Figura 1. Solapamiento entre violencia de género y violencia familiar
- Figura 2. Causas de la violencia de pareja
- Figura 3. Víctimas mortales por Violencia de Género en España
- Figura 4. Recomendaciones para el abordaje de las mujeres ante la sospecha de violencia de pareja
- Figura 5. Tendencias de búsquedas de violencia contra la mujer en España (2013-2017)
- Figura 6. Diagrama de flujo de la participación de las mujeres en la encuesta telefónica
- Figura 7. Prevalencia de los tipos de violencia de pareja hacia las mujeres (VPM)
- Figura 8. Agrupación de los distintos tipos de VPM
- Figura 9. Prevalencia de las distintas formas de agrupación de VPM
- Figura 10. Distribución de frecuencias de los actos de violencia psicológicas hacia las mujeres que cumplen criterios de caso de VPM
- Figura 11. Distribución de frecuencias de los actos de violencia física y sexual hacia las mujeres que cumplen criterios de caso de VPM
- Figura 12. Inicio de cada uno de los tipos de violencia
- Figura 13. Duración de cada uno de los tipos de violencia
- Figura 14. Distribución de la puntuación del cuestionario Duke-UNC-11 en la población de estudio
- Figura 15. Distribución de la puntuación del cuestionario CD-RISC-10 en la población de estudio
- Figura 16. Niveles de resiliencia según VPM
- Figura 17. Puntuación del cuestionario CD-RISC-10 según VPM en mujeres con pareja actual
- Figura 18. Puntuación del cuestionario CD-RISC-10 según VPM en mujeres con ex pareja
- Figura 19. Distribución de frecuencias de los actos de violencia psicológica hacia las mujeres que cumplen criterios de caso según grupo de edad
- Figura 20. Distribución de frecuencias de los actos de violencia física y sexual en mujeres que cumplen criterios de caso según grupos de edad
- Figura 21. Prevalencia de casos WAST positivos según criterio 1 de puntuación y grupos de edad
- Figura 22. Prevalencia de casos WAST positivos según criterio 2 de puntuación y grupos de edad
- Figura 23. Distribución de frecuencias de los actos de violencia psicológica hacia las mujeres jóvenes que cumplen criterios de caso de VPM según grupos de edad
- Figura 24. Distribución de frecuencias de los actos de violencia física y sexual hacia las mujeres jóvenes que cumplen criterios de caso de VPM según grupos de edad
- Figura 25. Prevalencia de acoso y control a través de medios electrónicos en mujeres jóvenes y según grupos de edad

# Contenido

<b>RESUMEN .....</b>	<b>1</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>7</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>15</b>
1.1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO .....	15
1.2. ACERCAMIENTO A LA DEFINICIÓN DE VIOLENCIA A TRAVÉS DE LA LEGISLACIÓN .....	17
1.2.1. <i>Perspectiva mundial</i> .....	17
1.2.2. <i>Perspectiva europea</i> .....	19
1.2.3. <i>Perspectiva española</i> .....	22
1.3. CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LAS MUJERES (VPM).....	25
1.4. VIGILANCIA DE VPM .....	27
1.4.1. <i>Magnitud de VPM según las principales encuestas</i> .....	27
1.4.2. <i>Magnitud de VPM según otras fuentes</i> .....	31
1.5. RESILIENCIA .....	32
1.5.1. <i>Definición de resiliencia</i> .....	32
1.5.2. <i>Determinantes de la resiliencia</i> .....	33
1.5.3. <i>Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)</i> .....	36
1.5.4. <i>Factores que influyen en la puntuación del CD-RISC 10</i> .....	38
1.6. APOYO SOCIAL Y VIOLENCIA .....	38
1.7. INSTRUMENTOS PARA EL CRIBADO DE VIOLENCIA DE PAREJA .....	39
1.7.1. <i>Woman Abuse Screening Tool (WAST)</i> .....	39
1.7.2. <i>Recomendaciones para realizar el cribado de violencia</i> .....	40
1.8. ACOSO Y CONTROL A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS .....	43
1.8.1. <i>Frecuencia de uso de las tecnologías de la información y comunicación</i> .....	43
1.8.2. <i>El uso de las nuevas tecnologías como instrumentos para ejercer violencia</i> .....	44
1.8.3. <i>La violencia de pareja en jóvenes</i> .....	45
1.8.4. <i>Instrumentos que miden el acoso y control a través de medios electrónicos</i> .....	46
<b>2. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....</b>	<b>49</b>
2.1. JUSTIFICACIÓN .....	49
2.2. OBJETIVOS.....	50
2.3. HIPÓTESIS.....	51
<b>3. VIGILANCIA DE LA VIOLENCIA DE PAREJAS HACIA LAS MUJERES .....</b>	<b>55</b>
3.1. SUJETOS Y MÉTODOS.....	56
3.1.1. <i>Variables de estudio</i> .....	59
3.1.2. <i>Consideraciones éticas</i> .....	63
3.1.3. <i>Análisis estadístico</i> .....	64
3.2. RESULTADOS .....	65
3.2.1. <i>Características de la población de estudio</i> .....	65
3.2.2. <i>Violencia de pareja hacia las mujeres (VPM)</i> .....	68
3.2.3. <i>Variables asociadas a VPM</i> .....	74
3.3. DISCUSIÓN .....	77
3.3.1. <i>VPM y factores asociados</i> .....	77
3.3.2. <i>Limitaciones</i> .....	79



<b>4.</b>	<b>RESILIENCIA Y VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LAS MUJERES.....</b>	<b>83</b>
4.1.	MÉTODOS .....	84
4.1.1.	<i>Población de estudio .....</i>	<i>84</i>
4.1.2.	<i>Medición de resiliencia .....</i>	<i>84</i>
4.1.3.	<i>Variables de ajuste .....</i>	<i>85</i>
4.1.4.	<i>Análisis estadístico .....</i>	<i>85</i>
4.2.	RESULTADOS.....	86
4.2.1.	<i>Niveles de resiliencia.....</i>	<i>86</i>
4.2.2.	<i>Características de la población de estudio según niveles de resiliencia.....</i>	<i>88</i>
4.2.3.	<i>Violencia de pareja hacia las mujeres (VPM) y resiliencia .....</i>	<i>90</i>
4.2.4.	<i>Asociación entre VPM y resiliencia considerando variables de interacción y confusión ...</i>	<i>91</i>
4.2.5.	<i>VPM y resiliencia en mujeres con pareja actual.....</i>	<i>94</i>
4.2.6.	<i>VPM y resiliencia en mujeres con expareja .....</i>	<i>97</i>
4.3.	DISCUSIÓN.....	99
4.3.1.	<i>Resiliencia como factor asociado a VPM.....</i>	<i>99</i>
4.3.2.	<i>Limitaciones .....</i>	<i>105</i>
4.3.3.	<i>Aportaciones.....</i>	<i>105</i>
<b>5.</b>	<b>CUESTIONARIO DE CRIBADO DE VIOLENCIA.....</b>	<b>109</b>
5.1.	MÉTODOS .....	109
5.1.1.	<i>Población de estudio .....</i>	<i>109</i>
5.1.2.	<i>Cuestionario de cribado de VPM .....</i>	<i>109</i>
5.1.3.	<i>Índices de validez del cuestionario de cribado.....</i>	<i>110</i>
5.2.	RESULTADOS.....	113
5.2.1.	<i>Características de la población a la que se aplicó el test. ....</i>	<i>113</i>
5.2.2.	<i>Prevalencia de VPM.....</i>	<i>116</i>
5.2.3.	<i>Preguntas de la versión corta del WAST.....</i>	<i>120</i>
5.2.4.	<i>Índices de validez de la versión corta del WAST.....</i>	<i>122</i>
5.3.	DISCUSIÓN.....	128
5.3.1.	<i>Cuestionario de cribado de violencia.....</i>	<i>128</i>
5.3.2.	<i>Limitaciones .....</i>	<i>131</i>
5.3.3.	<i>Aportaciones.....</i>	<i>131</i>
<b>6.</b>	<b>NUEVAS FORMAS DE VIOLENCIA EN MUJERES JÓVENES .....</b>	<b>135</b>
6.1.	MÉTODOS .....	135
6.1.1.	<i>Población de estudio .....</i>	<i>135</i>
6.1.2.	<i>Acoso y control mediante el móvil o correo electrónico .....</i>	<i>135</i>
6.2.	RESULTADOS.....	137
6.2.1.	<i>Características de las mujeres jóvenes.....</i>	<i>137</i>
6.2.2.	<i>Prevalencia de VPM.....</i>	<i>139</i>
6.2.3.	<i>Acoso y control a través de medios electrónicos.....</i>	<i>142</i>
6.2.4.	<i>Asociación entre VPM y acoso a través de medios electrónicos:.....</i>	<i>144</i>
6.2.5.	<i>Acoso y control a través de medios electrónicos como cribado de VPM.....</i>	<i>146</i>
6.3.	DISCUSIÓN.....	149
6.3.1.	<i>Acoso y control a través de medios electrónicos en jóvenes .....</i>	<i>149</i>
6.3.2.	<i>Limitaciones .....</i>	<i>152</i>
6.3.3.	<i>Aportaciones.....</i>	<i>152</i>

<b>7. CONCLUSIONES.....</b>	<b>157</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>161</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>177</b>
<b>ARTÍCULOS.....</b>	<b>213</b>

## Resumen

### Introducción

La violencia de pareja hacia las mujeres (VPM) es la mayor manifestación de la desigualdad entre hombres y mujeres. Ha sido reconocida como un problema de salud pública, prevalente, con importantes repercusiones en la salud de las mujeres y de sus hijos y genera además un importante gasto en el sistema sanitario por lo que debe ser vigilado.

En la investigación en VPM se recomienda profundizar en el estudio de resiliencia, por las posibilidades de aportar beneficios tanto en la prevención como en el proceso de recuperación de VPM. Resiliencia es el proceso de adaptación positiva en medio de la adversidad, trauma, tragedia, amenazas u otras fuentes significativas de estrés y puede ser estudiada a través de escalas psicométricas. Los autores de *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) definen resiliencia como “aquellas cualidades personales que permiten prosperar frente a la adversidad” y han desarrollado una escala unidimensional de 10 ítems que presenta buenas propiedades psicométricas para medir resiliencia.

La VPM debe de estar bajo vigilancia y desde los servicios epidemiología existe la necesidad de contar con instrumentos breves y validados que midan VPM y que puedan ser incluidos en encuestas de vigilancia. De los instrumentos de cribado de violencia la versión corta del “Woman Abuse Screening Tool” (WAST) presenta adecuadas propiedades psicométricas y su versión en español ha sido validada en consultas de atención primaria. Este cuestionario ha sido utilizado en entornos donde la prevalencia de violencia es elevada y no ha sido validado en encuestas poblacionales.

La VPM es un problema que afecta a una proporción importante de mujeres jóvenes, quienes utilizan en gran medida las nuevas tecnologías para relacionarse; por lo que es necesario estudiar la frecuencia de conductas de acoso y control mediante el uso de nuevas tecnologías y su asociación con la violencia ya definida, así como explorar la utilidad de cuestionarios de cribado en mujeres jóvenes.

Los objetivos de nuestro estudio fueron: 1. Determinar la prevalencia de VPM según información procente del sistema de vigilancia. 2. Analizar la asociación entre VPM y resiliencia, utilizando el cuestionario de resiliencia CD-RISC de 10 ítems. 3. Examinar la validez de criterio del cuestionario *Woman Abuse Screening Tool* (WAST) como cuestionario de cribado de VPM según grupos de edad. 4. Explorar nuevas formas de ejercer violencia de género a través de medios electrónicos, su asociación con VPM y analizar la validez de criterio de las preguntas que recogen este tipo de violencia, en mujeres de 18-29 años.

## **Métodos**

Se realizó un estudio transversal de base poblacional. La fuente de información fue la “3º Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid” realizada en 2014. Las entrevistas telefónicas se realizaron a una muestra representativa de mujeres de 18 a 70 años, residentes en la Comunidad de Madrid, que tuvieron pareja o contacto con expareja en el último año.

El cuestionario de VPM incluyó 26 preguntas que exploran tres tipos de violencia (psicológica, física y sexual) cometidas por una pareja o expareja ocurridas 12 meses antes de la entrevista. Las preguntas de violencia psicológica y sexual están basadas en la encuesta nacional francesa sobre la violencia hacia las mujeres (*Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF)*), y las preguntas de violencia física basadas en la *Conflict Tactic Scale* (CTS-1). El cuestionario de 26 preguntas ha sido validado y tiene una sensibilidad del 80,4% y una especificidad 90,0% para detectar VPM.

La resiliencia se midió a través del CD-RISC de 10 ítems. Las preguntas son referidas al último mes y evalúan las percepciones de los individuos sobre sus habilidades para adaptarse al cambio, lidiar con eventos inesperados, hacer frente a dificultades, manejar sentimientos desagradables y mantener la positividad ante el estrés. Las opciones de respuestas se encuentran en una escala Likert de 5 categorías. El rango de puntuación de este cuestionario va de 0 a 44 puntos; puntuaciones más altas indican una mayor resiliencia. Se determinaron tres niveles de resiliencia: baja (<percentil 25), media (percentil 25 a percentil 75) y alta (>percentil 75).

Se estudió la versión corta del WAST como instrumento de cribado de VPM. Las dos preguntas del cuestionario son referidas al grado de tensión en la relación y a la dificultad en la resolución de conflictos con la pareja. Las opciones de respuesta se encuentran en una escala Likert de 3 categorías. Se analizaron los dos criterios de puntuación: criterio 1, cuando refieren una respuesta positiva a las dos preguntas y criterio 2, cuando hay una respuesta extrema a alguna de las dos preguntas. Este cuestionario ha sido validado para su uso en atención primaria.

Las nuevas formas de ejercer VPM a través de medios electrónicos se estudiaron a través de dos preguntas que exploraron el acoso y control a través del móvil y del correo electrónico. Las opciones de respuesta se encontraban en una escala Likert de 5 categorías: nunca, rara vez, algunas veces, muchas veces, constantemente. Se consideró respuesta positiva cuando respondieron que alguna de estas dos conductas se presentaron con un frecuencia de: algunas veces, muchas veces o constantemente.

Se realizó un análisis descriptivo; las comparaciones de proporciones se realizaron según el test de ji cuadrado o test exacto de Fisher y las comparaciones de variables cuantitativas según ANOVA o test de Kruskal Wallis. Se calcularon prevalencia con intervalos de confianza al 95% (IC95%). Las asociaciones se cuantificaron mediante odds ratio (OR) según modelos de regresión logística no condicional. Los índices de validez calculados fueron: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), cociente de probabilidades positivo (CPP), cociente de probabilidades negativo (CPN) y la eficiencia global del test. Se consideró significativo un p-valor <0,05. El análisis se realizó con STATA v.11.

## **Resultados**

Se analizó la información de 2.992 mujeres de 18 a 70 años. El 15,9% de tenían entre 18-29 años. El 21,4% habían nacido fuera de España, un 50,2% residían en Madrid municipio y 42,7% en la corona metropolitana de Madrid, el nivel educativo más frecuente fue el nivel educativo alto (30,4%), en cuanto a la actividad principal, las más frecuentes fueron: trabajo remunerado (54,7%), desempleo (19,2%) y amas de casa (16%). En el 91,7% se exploró una relación con pareja actual y en el 8,3% la relación con una expareja. Un 71,1% de las mujeres tenían hijos y en el 82,8% hubo convivencia durante la relación.

En cuanto a las características de las parejas/exparejas de las mujeres fueron: 17,8% nacidos fuera de España, el nivel de estudios más frecuente fue el nivel educativo alto (28,2%) y la actividad laboral más frecuente fue tener un trabajo remunerado (69,2%).

Un 7,6% (IC95%:6,7-8,6%) de las mujeres encuestadas sufrieron algún tipo de VPM en los últimos 12 meses. De los comportamientos de violencia psicológica hacia las mujeres, los más frecuentes fueron: las críticas o la desvalorización, el silencio, desprecio, control y los insultos. Según grupos de edad, la prevalencia más alta de VPM se encontró en el grupo de 18-29 años (10,7%; IC95%:7,9-13,4). La prevalencia de VPM de una expareja fue de 31,3% (IC95%:25,6-37,1) y la prevalencia de VPM de una pareja actual fue de 5,5% (IC95%:4,6-6,4).

La mediana de la puntuación del CD-RISC-10 fue de 32 (RIC:27-36). Al analizar la asociación entre VPM y resiliencia se encontró interacción con la relación de pareja explorada (pareja/expareja). Entre las mujeres que refirieron tener una relación de pareja actual, se encontró que aquellas con baja resiliencia presentaron un riesgo de VPM tres veces superior en comparación con las mujeres con alta resiliencia (OR: 3,07; IC95%:1,72-5,45) al ajustar por edad, lugar de nacimiento, zona de residencia, nivel de estudios, actividad principal, convivencia durante la relación, hijos en el hogar y apoyo social percibido. Entre las mujeres que refirieron haber tenido una expareja, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre resiliencia y VPM de esta expareja.

Al analizar el WAST como cuestionario de cribado de VPM, se encontró un 21,1% (IC95%: 19,6-22,5) de casos positivos según criterio 1 de puntuación y 11,0% (IC95%: 9,9-12,1) según criterio 2. La sensibilidad más alta se encontró al utilizar el criterio 1 (67,3%; IC95%:61,1-73,4 vs. 48,7%;IC95%:42,1-55,2). La especificidad según criterio 1 fue menor comparada con el criterio 2 (82,7%; IC95%:81,3-84,1 vs. 92,1%;IC95%:91,1-93,1). El VPP con criterio 1 también fue más bajo (24,2%; IC95%: 20,8-27,6 vs. 33,5%;IC95%:28,4-38,7). El VPN según criterio 1 fue más alto (96,6%; IC95%: 96,1-97,6 vs. 95,6%; IC95%: 94,8-96,4). El CPP fue menor según criterio 1 (3,89 vs 6,15), y el mejor CPN se obtuvo para el criterio 1 de puntuación (0,40 vs.0,56). La eficiencia global de test fue menor para criterio 1 comparado con criterio 2 de puntuación (81,5%; IC95%:80,1-82,9 vs 88,8%; IC95%:87,7-89,9). Cuando se analizaron los índices de validez según grupos de edad se encontraron los mejores índices en mujeres  $\geq 30$  años.

Un 5,9% (IC95%:3,8-8,0) de las mujeres de 18-29 años refirieron alguna de las conductas de acoso y control a través del móvil o del correo electrónico en los últimos 12 meses, siendo las conductas de control las más frecuentes. Entre las mujeres que cumplieron criterios de VPM, estas conductas de control y acoso a través de medios electrónicos estuvieron presentes en un 47,1% (IC95%:33,2-60,9).

Entre las mujeres de 18-29 años, aquellas que cumplieron criterios de caso de VPM tuvieron un 53% más de riesgo de acoso y control a través de medios electrónicos (OR: 1,53; IC95%:1,44-1,62) al ajustar por variables de confusión. Los índices de validez de estas preguntas como cribado de VPM fueron superiores en especificidad, VPP, CPP y eficiencia global del test comparado con el criterio 1 de puntuación de WAST y superiores en todos los índices al compararlo con el criterio 2 de puntuación de WAST. Se encontraron mejores resultados al estudiar el subgrupo de menor edad (18-24 años), en ellas las conductas de acoso y control a través de medios electrónicos estuvieron presentes en un 7,8% (IC95%: 4,6-11,1) y los índices de validez fueron: sensibilidad 62,5%(IC95%:45,4-79,6); especificidad 99,6% (IC:98,7-100,0); VPP 95,2% (IC95%: 85,9-100,0); VPN 95,1% (IC95%: 92,4-97,8); CPP: 147,5; CPN: 0,38 y eficiencia global del test: 95,15% (IC95%: 92,6-97,7).

## Conclusiones

La VPM es un fenómeno prevalente en la Comunidad de Madrid (7,6% IC95%:6,7-8,6% en los últimos 12 meses), llama especialmente la atención la prevalencia cercana al 11% en mujeres de 18 a 29 años, por lo que es necesario continuar con las medidas de sensibilización y prevención en violencia de género especialmente en mujeres jóvenes.

Entre las mujeres, en las que se estudió una relación de pareja actual, se encontró que aquellas con baja resiliencia presentaron un riesgo de VPM tres veces superior en comparación con las mujeres con alta resiliencia. Lo cual nos indica que promover resiliencia, entendida como una característica positiva de la personalidad, podría jugar un papel protector frente a VPM.

La versión reducida del cuestionario WAST presentó índices de validez aceptables para ser utilizados como cuestionario de cribado de violencia. Recomendamos utilizar el

criterio 2 de puntuación en la estimación de prevalencia de VPM ya que clasifica mejor a los casos y no casos y utilizar el criterio 1 de puntuación si se utiliza en práctica clínica.

Las conductas de acoso y control a través de medios electrónicos se encontraron asociados a VPM, fueron especialmente relevantes en el grupo de mujeres de menor edad (18-24 años). Los resultados aconsejan su inclusión como parte de la definición de caso de VPM y podría valorarse su utilidad como cuestionario de cribado.



## Summary

### Introduction

Intimate partner violence (IPV) is the greatest manifestation of inequality between men and women. It has been recognized as a prevalent public health problem, with important repercussions on the health of women and their children and also generates an important expenditure in health systems so it should be monitored.

In IPV research it is recommended to study resilience by its potential to bring benefits both as a protective factor and in the recovery process of VPM. Resilience is the process of adapting well in the face of adversity, trauma, tragedy, threats or even significant sources of stress and can be measured through psychometric scales. The authors of the Connor-Davidson Resistance Scale (CD-RISC) define resilience as “personal qualities that enable one to thrive in the face of adversity” and have developed a one-dimensional scale of 10 items that have good psychometric properties to measure resilience.

IPV must be under surveillance, therefore it is necessary that epidemiological services dispose brief and validated instruments to measure IPV and could be included in surveillance surveys. The short version of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) has good psychometric properties and the Spanish version has been validated in primary health care centres. This questionnaire has been used in settings where the prevalence of IPV is high and it has not been validated in population surveys.

IPV is a problem that affects a significant proportion of young women, who use new technologies to relate to each other. Consequently it is necessary to study the frequency of harassment and control behaviors through the use of new technologies and their association with the already defined IPV, as well as to explore the usefulness as a screening questionnaire in young women.

The objectives of our study were: 1. To determine the prevalence of IPV according to information from the surveillance system. 2. To analyze the association between IPV and resilience, using the CD-RISC 10 resilience scale. 3. To examine the criterion validity of the *Woman Abuse Screening Tool* (WAST) questionnaire as a VPM

screening questionnaire according to age groups. 4. To explore new ways of gender violence through new technologies, its association with IPV and to analyze criterion validity of those questions about this type of violence in women aged 18-29 years.

## Methods

We performed a cross-sectional population study. The source of information was 'The 3rd survey for the study of the magnitude, trend and health impact of IPV in the Region of Madrid' in 2014. The telephone survey was carried out on a representative sample of women aged 18 to 70 years living in the Region of Madrid and having an ongoing intimate partner relationship or contact with an ex-partner in the preceding year.

The IPV questionnaire includes 26 questions which explore three types of violence -physical, sexual and psychological- committed by the partner or ex-partner in the 12 months prior interview. Items of psychological and sexual violence are based on the national survey of violence against women in France (*Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF)*), and items of physical violence based on *Conflict Tactic Scale (CTS-1)*. This questionnaire of 26 questions has been validated and has a sensitivity of 80.4% and a specificity of 90.0% for detecting IPV.

Resilience was measured using the 10-item CD-RISC. The questions are referred to the last month and assess individuals' perceptions of their abilities to adapt to change, deal with unexpected events, cope with obstacles, handle unpleasant feelings and maintain positivity in the face of stress. The answers are on a Likert scale of 5 categories. The score of this questionnaire ranges from 0 to 44 points; higher scores indicate greater resilience. Three levels of resilience were determined: low (<percentile 25th), mean (25th percentile to 75th percentile) and high (> 75th percentile).

The short version of the WAST was studied as a VPM screening tool. The two questions explore the degree of tension in the relationship and the difficulty in resolving conflicts with the couple. The response options are on a Likert scale of 3 categories. We analyzed the two scoring criteria: criterion 1, when they refer a positive answer to the two questions and criterion 2, when there is an extreme answer to either of the two questions. This questionnaire has been validated for use in primary care.

The new ways of VPM through electronic media were studied through two questions that explore harassment and control through the mobile and electronic mail. The response options were on a Likert scale of 5 categories: never, seldom, sometimes, often, constantly. A positive response was considered when responding that one of these two behaviors occurred with a frequency of: sometimes, many times or constantly.

A descriptive analysis was carried out. Comparisons of proportions were made according chi-squared test or Fisher exact test. Comparisons of quantitative variables according ANOVA or Kruskal Wallis test. Prevalence was calculated with 95% confidence intervals (95%CI). Associations were quantified using odds ratios (OR) according to non-conditional logistic regression models. The calculated validity indexes were: sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), negative predictive value (NPV), positive likelihood ratio (LR+), negative likelihood ratio (LR-) and test efficiency. A p-value <0.05 was considered significant. The analysis was performed with STATA v.11.

## Results

Data from 2,992 women aged 18 to 70 years were analyzed. 15.9% of them were between 18-29 years old. 21.4% were born in countries other than Spain, 50.2% lived in Madrid city and 42.7% in greater Madrid Area, the most frequent education level was the high educational level 30.4%, the most frequent main activity were: employed (54.7%), unemployment (19.2%) and housewives (16%). In 91.7%, a relationship with the current partner was explored and in 8.3% the relationship with an ex-partner. 71.1% of the women had children and 82.8% of women had lived with their partner/ex-partner. The characteristics of the partners/ ex-partners of women were: 17.8% were born in countries other than Spain, the most frequent education level was the high educational level (28.2%) and the most frequent main activity was employed (69.2%).

A total of 7.6% (95% CI: 6.7-8.6%) of the women surveyed had suffered some type of IPV in the previous 12 months. Of the behaviors of psychological violence towards the women, the most frequent were: the critics or the devaluation, the silence, the contempt, the control and the insults. According age groups, the highest prevalence of IPV was found in the group of 18-29 years (10.7%: 95% CI: 7.9-13.4). Prevalence of IPV from

ex-partner was 31.3% (95% CI: 25.6-37.1) and prevalence of IPV from a current partner relationship was 5.5 % (95% CI: 4.6-6.4).

The median CD-RISC-10 score was 32 (IQR: 27-36). When analyzing the association between IPV and resilience we found interaction with the explored partner relationship (partner / ex-partner). Among women with a current partner relationship, it was found that those with low resilience had a three-fold higher risk of IPV compared to women with high resilience (OR: 3.07, 95% CI: 1.72-5.45) when adjusting for age, place of birth, area of residence, educational level, main activity, living together during the relationship, children in home and perceived social support. In women in whom a relationship with an ex-partner was studied, no statistically significant association was found between resilience and IPV from this ex-partner.

When analyzing the WAST as a VPM screening tool, 21.1% (95% CI: 19.6-22.5) of positive cases were scored according to criterion 1 and 11.0% (95% CI: 9.9 -12.1) according to criterion 2. The highest sensitivity was found using criterion 1 compare to criterion 2 (67.3%; 95% CI: 61.1-73.4 vs. 48.7%; 95% CI: 42.1-55,2). The specificity according to criterion 1 was lower (82.7%; 95% CI: 81.3-84.1 vs. 92.1%; 95% CI: 91.1-93.1). The PPV with criterion 1 was also lower (24.2%; 95% CI: 20.8-27.6 vs. 33.5%; 95% CI: 28.4-38.7). The NPV according to criterion 1 was higher (96.6%; 95% CI: 96.1-97.6 vs. 95.6%; 95% CI: 94.8-96.4). The LR+ was lower according to criterion 1 (3.89 vs 6.15), and the best LR- was obtained for criterion 1 (0.40 vs.0.56). Overall test efficiency was lower for criterion 1 compared to criterion 2 (81.5%, 95% CI: 80.1-82.9 vs 88.8%, 95% CI: 87.7-89.9). According to age groups, the best validity indexes were found for women aged  $\geq 30$  years.

A total of 5.9% (95% CI: 3.8-8.0) of 18-29 years old women reported any harassment and control behavior through the mobile or electronic mail in the last 12 months, with control behaviors being the more frequent. Among women who had suffered some type of IPV, these behaviors of control and harassment through electronic media were present in 47.1% (95% CI: 33.2-60.9).

Among women 18-29 years, those that meet IPV criterion had a 53% higher risk of harassment and control behavior through electronic media (OR: 1.53; 95% CI: 1.44-1.62) when adjusted by confounding variables. The validity indexes of these questions as VPM screening were higher in specificity, PPV, LR+ and overall test efficiency compared to WAST score criterion 1 and higher in all indexes when compared to WAST score criterion 2. Better results were found in the study of the subgroup of younger age (18-24 years), in which harassment and control behaviors through mobile and electronic mail were 7.8% (95% CI: 4.6-11.1) and the validity indexes: sensitivity 62.5% (95% CI: 45.4-79.6); specificity 99.6% (CI: 98.7-100.0); VPP 95.2% (95% CI: 85.9-100.0); VPN 95.1% (95% CI: 92.4-97.8); LR+: 147.5; LR-: 0.38 and overall efficiency of the test: 95.15% (95% CI: 92.6-97.7).

## **Conclusions**

IPV is a prevalent phenomenon in the Region of Madrid (7.6% (95% CI: 3.8-8.0 in the last 12 months), it is alarming the prevalence close to 11% in women between 18 and 29 years old. Therefore, it is necessary to continue with sensitization and prevention in gender violence, especially in vulnerable groups such as young women.

Among women, in whom a current partner relationship was studied, those with low resilience had a three-fold higher risk of IPV compared to women with high resilience. This suggests that promoting resilience, as positive personal qualities, could play a protective role against VPM.

The reduced version of WAST questionnaire presented acceptable validity indexes for use as a screening tool for IPV. We recommend using criterion 2 score in the estimation of prevalence of IPV, because this criterion better classifies cases and not cases and use criterion 1 score when it is used in clinical practice.

Harassment and control behaviors through electronic media were associated with IPV, were especially relevant in the group of younger women (18-24 years). It could be included as a part of IPV definition and as a screening tool.

## INTRODUCCIÓN

# **1. Introducción**

## ***1.1. Contextualización de la violencia de género***

### **Socialización de género**

La socialización de género es el proceso de aprendizaje a través del cual se incorporan los valores predominantes en la sociedad y se asumen las conductas y roles previamente normalizados en función del sexo. La socialización de género se relaciona íntimamente con los valores étnicos, culturales y religiosos de cada sociedad, y a través de este proceso los chicos y las chicas aprenden normas específicas de masculinidad y feminidad definidas por sus culturas. Este proceso de socialización comienza al nacimiento, cuando los padres tratan a las niñas y niños de forma diferente. Las niñas son vistas como más delicadas y frágiles que los niños. Los padres tienden a dar más libertad a sus hijos para explorar el mundo fomentando la independencia y por el contrario son más restrictivos con sus hijas limitando la exploración e interviniendo excesivamente durante los juegos lo cual fomenta la dependencia. Además los padres son más tolerantes al aceptar la cólera de sus hijos, mientras que enseñan a sus hijas que esta es una reacción emocional inapropiada. Estos ejemplos constituyen los estereotipos de género que están presentes en la cultura europea y americana. Durante la adolescencia estos roles se establecen y limitan la habilidad percibida para explorar tanto el mundo físico como el intelectual, como resultado de este proceso de socialización se desarrolla la particular personalidad “femenina” que se caracteriza por la pasividad, la dependencia y el rol de cuidadora<sup>1</sup>.

### **El problema social de la violencia de género**

El problema social de la violencia de género ha venido marcado tanto por la invisibilidad como por su continua y constante presencia a lo largo de la historia. El elemento común que está en el origen y en la finalidad de las conductas violentas contra las mujeres son los valores culturales que han actuado sobre cada uno de los géneros y que han hecho de ellos un elemento de desigualdad sobre el que construir una posición de poder, ya que el reconocimiento de las funciones asignadas a cada uno de los géneros (masculino y femenino) no solo es distinto, sino que, tienen un valor distinto. La cultura patriarcal y los

valores derivados de ésta han permitido que mientras que a los papeles de los hombres se les otorgaba una mayor consideración social, los de las mujeres ocupaban un lugar secundario<sup>2</sup>.

### **Los mitos de la violencia de género**

Según Llorente los mitos en violencia de género son aquellas falsas concepciones que minimizan o cuestionan la violencia contra las mujeres y que sirven al sistema patriarcal para avanzar en sus propósitos. Existen mitos sobre la violencia de género que dicen que: es una cuestión privada y mejor no meterse, ocurre en clases sociales desfavorecidas, no está extendida y son casos aislados, se exagera mucho y no es para tanto. Mitos sobre las mujeres: ellas son responsables de la violencia, son mujeres frágiles, sumisas, ellas también los agreden, aguantan porque quieren. Y sobre el agresor: el alcohol y las drogas están detrás de la violencia, son hombres enfermos, la situación laboral que viven les provoca la violencia, le pasa desde que está con ella. Todos estos mitos sirven para afianzar al sistema patriarcal y frenar la igualdad entre mujeres y hombres<sup>3</sup>.

### **Conceptualización de la violencia de género**

Aunque hombres y mujeres pueden ser víctimas y causantes de violencia, las características de violencia más comúnmente cometidas contra las mujeres difieren en aspectos cruciales de la violencia comúnmente cometida contra los hombres. Mientras que los hombres son más propensos a ser heridos en guerras o violencia relacionadas con pandillas, o ser asaltados físicamente o asesinados en la calle por un extraño, las mujeres son más propensas a ser agredidas físicamente o asesinadas por alguien que conocen, a menudo una pareja íntima y también corren el riesgo de ser explotadas sexualmente<sup>4</sup>.

Aún no existe una terminología universalmente aceptada para referirse a la violencia contra la mujer y en distintas regiones y derivados de diversas perspectivas teóricas y disciplinas, existen algunos términos como violencia familiar y violencia de género que suelen solaparse (ver figura 1). Sin embargo, de todas las formas de violencia de género, la que ocurre dentro de los hogares y por parte del compañero íntimo es la más frecuente.



**Figura 1. Solapamiento entre violencia de género y violencia familiar**



Adaptado de: Ellsberg M, Heise L. Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Research and Activists. Washington DC, United States: World Health Organization, PATH; 2015<sup>4</sup>.

## ***1.2. Acercamiento a la definición de violencia a través de la legislación***

### ***1.2.1. Perspectiva mundial***

En la I Conferencia Mundial de la Mujer, en 1975, se reconoce por primera vez la gravedad de la violencia contra las mujeres<sup>5</sup> y es en la IV Conferencia Mundial en Beijín (1995)<sup>6</sup>, cuando se consolidan los avances jurídicos dirigidos a garantizar la igualdad de las mujeres y los hombres tanto en las leyes como en la práctica (ver tabla 1)

En la conferencia de Beijing se reconoce que la violencia contra las mujeres es un obstáculo para la igualdad, el desarrollo y la paz de los pueblos ya que impide que las mujeres disfruten de sus derechos y libertades fundamentales y es considerada como “*una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que ha conducido a la dominación masculina, a la discriminación y a impedir el pleno desarrollo de la mujer*”. Además, recoge que la violencia contra las mujeres se produce “*en todas las sociedades, en mayor o menor medida, las mujeres y las niñas están*

*sujetas a malos tratos de índole física, sexual y psicológica, sin distinción en cuanto a su nivel de ingresos, clase y cultura”<sup>6</sup>.*

**Tabla 1. Conferencias mundiales sobre la mujer**

Conferencia	Año	Lugar	Principales acciones
<b>I Conferencia Mundial de la Mujer<sup>5</sup></b>	1975	México	Se reconoce por primera vez la gravedad de la violencia contra las mujeres y se define un plan de acción para conseguir objetivos hasta el año 1985. Fue promovida por la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer
<b>Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer<sup>7</sup></b>	1980	Copenhague	Se examinan los avances realizados hacia el cumplimiento de los objetivos de la 1º Conferencia Mundial, dirigido fundamentalmente a empleo salud y educación. Se realiza una llamada a garantizar los derechos en cuanto a la propiedad por parte de las mujeres, mejoras de la protección de los derechos de herencia, custodia de los hijos y nacionalidad de la mujer
<b>Conferencia Mundial para el examen y evaluación de los logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer<sup>8</sup></b>	1985	Nairobi	Se aprobó un mandato para establecer medidas concretas para superar los obstáculos al logro de los objetivos del Decenio. Orientado a lograr la igualdad de género a nivel nacional y promover la participación de las mujeres en las iniciativas de paz y desarrollo
<b>IV Conferencia Mundial sobre la Mujer<sup>6</sup></b>	1995	Beijing	Punto de inflexión para la agenda mundial de igualdad de género a través de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing que establece una serie de objetivos estratégicos para el progreso de las mujeres y el logro de la igualdad de género en 12 esferas.

Tras la Conferencia de Beijing se realizaron cuatro revisiones quinquenales (ver tabla 2) con la finalidad de realizar el seguimiento de la Plataforma de Acción de Beijing y realizar el seguimiento de los objetivos estratégicos y medidas para el progreso de las mujeres y el logro de la igualdad en las 12 esferas cruciales:

- La mujer y la pobreza
- Educación y capacitación de la mujer
- La mujer y la salud
- La violencia contra la mujer
- La mujer y los conflictos armados
- La mujer y la economía
- La mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones
- Mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer

- Los derechos humanos de la mujer
- La mujer y los medios de comunicación
- La mujer y el medio ambiente
- La niña

**Tabla 2. Reuniones de seguimiento de la IV Conferencia Mundial de Beijing**

Conferencia	Año	Lugar	Principales acciones
<b>23 Sesión especial de la Asamblea General (Beijing +5)<sup>9</sup></b>	2000	Nueva York	“La mujer en el año 2000: igualdad entre géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI”. Se realiza el primer examen quinquenal de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing. De esta reunión surge la declaración política y nuevas medidas e iniciativas para la aplicación de la Declaración y la Plataforma de Acciones de Beijing
<b>Revisión de los 10 años de la Plataforma para la acción (Beijing +10)<sup>10</sup></b>	2005	Nueva York	Se aprobó una declaración que subraya que la aplicación plena y eficaz de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing es esencial para la consecución de los objetivos de desarrollo internacionalmente convenidos, incluidos los contenidos en la Declaración del Milenio.
<b>Revisión de los 15 años de la Plataforma para la acción (Beijing +15)<sup>11</sup></b>	2010	Nueva York	Los Estados Miembros aprobaron una declaración en la que se recogen los progresos realizados con el fin de lograr la igualdad de género, y se comprometían a adoptar nuevas medidas para garantizar la aplicación integral y acelerada de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing.
<b>(Beijing +20) Recomendaciones<sup>12</sup></b>	2015	Nueva York	Se exhortó a los Estados Miembros de la ONU a llevar a cabo exhaustivas evaluaciones nacionales, y alentó a las comisiones regionales a llevar a cabo exámenes regionales

### ***1.2.2. Perspectiva europea***

Respecto a las organizaciones europeas se abordó el tema de la violencia de género en el marco de la Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo, de 20 de noviembre de 1996, sobre la trata de mujeres con fines de explotación sexual <sup>13</sup>.

En 2002 en la Recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros sobre la Protección de la Mujer contra la Violencia se realiza la distinción entre violencia familiar y de género: “... *se considera violencia contra las mujeres cualquier acto violento por razón del sexo que resulta, o podría resultar, en daño físico, sexual o psicológico o en el sufrimiento de la mujer, incluyendo las amenazas de*

*realizar tales actos, coacción o la privación arbitraria de libertad, produciéndose éstos en la vida pública o privada”* <sup>14</sup>

En 2008 se establecen las Directrices de la Unión Europea (UE) sobre la violencia contra las mujeres y la lucha contra todas las formas de discriminación contra ellas. Constituye una clara voluntad política de la UE para tratar el tema de los derechos de las mujeres como una prioridad y para tomar medidas a largo plazo en ese campo. Al centrarse en el tema de la violencia contra las mujeres y las niñas, la UE realiza una acción eficaz contra una de los principales violaciones de derechos humanos del mundo actual<sup>15</sup>.

Un hito en la legislación europea en materia de protección a las víctimas de violencia de género lo constituye la Orden Europea de protección contra las víctimas de violencia de género, que se aprobó en 2011 y cuya finalidad es que toda persona que tenga protección en su país pueda pedir una Orden Europea de Protección en cualquier otro Estado de la UE<sup>16</sup>.

En 2011 el Comité Europeo de Ministros acogió la Convención sobre la prevención y la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, la cual reconoce la violencia contra las mujeres como una violación de los derechos humanos y promueve medidas destinadas a prevenir la violencia, proteger a las víctimas, y procesar a los autores. En febrero de 2017 celebró su 9º Reunión (ver tabla 3).

**Tabla 3. Principales acciones europeas en la lucha contra la violencia de género**

<b>Acciones Europeas</b>	<b>año</b>	<b>Principales medidas</b>
<b>Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo sobre trata de mujeres con fines de explotación sexual<sup>13</sup></b>	1996	En junio de 1996, se celebró en Viena la primera conferencia europea organizada por la Comisión sobre la trata de mujeres. Entre las medidas propuestas en la conferencia figura el establecimiento de un plan de acción global, que contemple un enfoque estructurado.
<b>Recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros sobre la Protección de la Mujer contra la Violencia<sup>14</sup></b>	2002	Reafirman que la violencia hacia las mujeres es el resultado de un desequilibrio de poder entre hombres y mujeres y que lidera la discriminación contra el sexo femenino tanto en la sociedad como en la familia. También afirma que la violencia contra las mujeres, viola, menoscaba o anula el disfrute de los derechos humanos y libertades fundamentales.
<b>Directrices de la UE sobre la violencia contra las mujeres y la lucha contra todas las formas de discriminación contra ellas<sup>15</sup></b>	2008	La Unión Europea (UE) se compromete a adoptar medidas a largo plazo en materia de derechos de la mujer, centrándose en la lucha contra la violencia infligida a las mujeres y las niñas. Las Directrices establecen objetivos para fomentar la acción y el compromiso de los países de la UE y el resto del mundo.
<b>Orden Europea de Protección<sup>16</sup></b>	2011	Esta orden protege a las víctimas de cualquier tipo de violencia, ya que podrán obtener en cualquier Estado miembro la misma asistencia que reciben en su propio país de origen. Esta protección se extiende a víctimas de violencia de género, acoso, secuestro o intento de asesinato.
<b>La Convención sobre la prevención y la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convención Estambul)<sup>17</sup></b>	2011	Este nuevo tratado histórico del Consejo de Europa abre el camino para la creación de un marco legal a nivel paneuropeo para proteger a las mujeres contra todas las formas de violencia, y prevenir, perseguir y eliminar la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Por lo tanto, la Convención establece un mecanismo de seguimiento específico ( "GREVIO") con el fin de garantizar una aplicación efectiva de sus disposiciones por las Partes.

Otra de las importantes iniciativas que puso en marcha el Parlamento Europeo fue el Programa de Acción Comunitaria Daphne que se inició el año 2000, el cual se ha desarrollado en tres fases y cuya finalidad era implementar medidas preventivas para luchar contra la violencia ejercida sobre niños y niñas, adolescentes y mujeres<sup>18 19 20</sup>. Posteriormente se crea el Programa “Derecho igualdad y ciudadanía”<sup>21</sup> que fusionan los objetivos del programa Daphne (ver tabla 4).

**Tabla 4. Programas europeos de prevención de violencia**

<b>Programa</b>	<b>año</b>	<b>Objetivos</b>
<b>Programa de acción comunitaria. Programa Daphne (2000-2003)<sup>18</sup></b>	2000	Programa de acción preventiva de la Comunidad Europea para luchar contra la violencia ejercida sobre niños y niñas, adolescentes y mujeres.
<b>Programa Daphne II (2004-2008)<sup>19</sup></b>	2004	Este programa constituye la segunda fase del programa Daphne. Su objetivo es prevenir y combatir todas las formas de violencia ejercidas contra los niños, los jóvenes y las mujeres mediante la aplicación de medidas preventivas y la prestación de ayuda a las víctimas. También pretende ayudar a las organizaciones que actúan en este ámbito y reforzar su cooperación.
<b>Programa Daphne III (2007-2013)<sup>20</sup></b>	2007	Con este programa se han financiado proyectos que han contribuido a prevenir y combatir todas las formas de violencia, que afectan a las niñas y niños, población joven y las mujeres, incluidas la explotación sexual y la trata de personas, mediante la adopción de medidas preventivas y la oferta de apoyo y protección a las víctimas y grupos de riesgo.
<b>Programa “Derecho igualdad y ciudadanía” (2014-2020)<sup>21</sup></b>	2013	En el artículo 4º menciona entre otros: prevenir y combatir toda forma de violencia contra menores, jóvenes y mujeres, así como la violencia contra otros grupos de riesgo, en particular los grupos de riesgo en relaciones de proximidad, así como proteger a las víctimas de este tipo de violencia.

### **1.2.3. Perspectiva española**

En España una de las bases en la lucha contra la violencia de género fue la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género (L.O. 1/2004, de 28 de diciembre) constituye un hito en la lucha contra la violencia de género en España, en ella se define la violencia de género como *“manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges, o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia”*.

Esta Ley pretende integrar tanto medidas preventivas como de intervención o protección. En sus cinco títulos se recogen las diferentes medidas. En el Título I, las medidas de sensibilización, prevención y detección de violencia de género, así como la intervención en diferentes ámbitos. En el título II, los derechos de las mujeres víctimas de violencia. El título III, establece la tutela institucional, prevé la creación de dos órganos, la delegación especial del gobierno contra la violencia sobre la mujer y el observatorio estatal de violencia sobre la mujer. El título IV es el relativo a las medidas legales, en el que se reconoce por primera vez un tipo agravado para la violencia ejercida sobre la mujer

cónyuge o excónyuge, compañera o excompañera. El título V, recoge la Tutela Judicial para garantizar el tratamiento adecuado y eficaz de la situación jurídica, familiar y social de las víctimas de violencia de género, creando una jurisdicción especial dentro del orden penal, para la violencia sobre la mujer.

A esto se han seguido otras leyes así como planes y protocolos (ver tabla 5). Una de las últimas estrategias desarrolladas en este sentido ha sido La Estrategia para la Erradicación de la Violencia contra la mujer, que tiene como finalidad: *“contribuir a la eliminación de la violencia contra la mujer entendida en ese sentido amplio y, de forma particular, abordar la violencia de género en sentido estricto, dada su magnitud e incidencia social”*. Asimismo incluye medidas dirigidas fundamentalmente a visibilizar las distintas manifestaciones de la violencia contra la mujer, concienciar sobre ellas, intensificar el conocimiento sobre su incidencia y contribuir, progresivamente, a su atención y eliminación. Y, por último, se establece el desarrollo de planes y actuaciones específicas, como el caso de la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual.

Además existe legislación específica como la Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, que persigue extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina así como el Plan contra la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual<sup>22</sup>.

**Tabla 5. Principales leyes, planes y normas técnicas en materia de violencia de género en España**

Acciones	Año	Resumen
<b>Ley 27/2003 sobre la Orden de protección</b> <sup>23</sup>	2003	La orden de protección para las víctimas de violencia doméstica, prevé la adopción de una orden de protección dentro de las 72 horas siguientes a la reclamación ante los tribunales. Se estableció un registro central para proteger a las víctimas de violencia doméstica.
<b>Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género</b> <sup>24</sup>	2004	Esta ley enfoca la violencia de género desde el punto de vista integral y modifica los artículos de varias leyes españolas. La ley incluye numerosas disposiciones sobre la educación y la formación. La esfera de la prevención, la sensibilización con especial atención a la educación, la publicidad y la atención sanitaria. Las acciones están dirigidas a diferentes grupos profesionales para mejorar la formación de las personas que se ocupan de los problemas derivados de los malos tratos.
<b>Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres</b> <sup>25</sup>	2007	Esta ley introdujo nuevas medidas legislativas relativas a la violencia contra la mujer en relación con la violencia de género, el acoso sexual en el lugar de trabajo, y el derecho de asilo y refugio para las mujeres extranjeras que huyen de sus países de origen debido a un temor fundado a sufrir persecución por motivos de género.
<b>Plan Nacional para sensibilizar y prevenir la violencia de género</b> <sup>26</sup>	2007	Este plan contemplaba dos objetivos: -Mejorar la respuesta a la violencia de género a través de medidas que garanticen que las mujeres realizan un ejercicio efectivo de los derechos mediante la mejora de la información y la accesibilidad y la eficiencia de los servicios de intervención y programas, y en particular, contribuyendo a evitar situaciones de mayor riesgo. -Realizar un cambio en el modelo de relación: a través de una sensibilización de la sociedad en su conjunto siendo necesario un "cambio" en la relación entre hombres y mujeres, en particular en la esfera afectiva, con el fin de consolidar derechos de las mujeres y pone de relieve el significado y la relación entre tres nociones fundamentales: la ciudadanía, autonomía y empoderamiento "
<b>Indicadores epidemiológicos comunes en "Violencia de Género"</b>	2008	El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), aprobó los indicadores epidemiológicos comunes y la definición de un "caso de violencia de género" como categoría facilita la incorporación de la violencia de género en la vigilancia epidemiológica. Ese año, el CISNS, por tanto, aprobó los criterios de calidad comunes del Sistema Nacional de Salud para la formación de profesionales. Desde 2009, los resultados y análisis de los indicadores epidemiológicos y de formación se publican periódicamente en los informes anuales del Comité sobre la violencia de género.
<b>Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud</b> <sup>27</sup>	2012	El Consejo Interterritorial aprobó una nueva edición del Protocolo Común para la Asistencia de Salud y Cuidado en los casos de violencia de género como una herramienta básica para el personal sanitario. El objetivo del Protocolo es establecer las directrices estándar para la acción, en apoyo y seguimiento, así como la prevención y la detección temprana, en los casos de violencia dirigidos específicamente contra las mujeres
<b>Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016</b> <sup>28</sup>	2013	Instrumento vertebrador de la actuación de los Poderes Públicos para acabar con la violencia que las mujeres sufren por el mero hecho de serlo. Constituye uno de los ejes fundamentales para hacer frente a esta lacra social y un plan de acción estable y duradera hasta 2016. Como toda estrategia, consiste esencialmente en la puesta en marcha de programas de forma coordinada, y la dotación de medios materiales y humanos para la consecución de tal fin

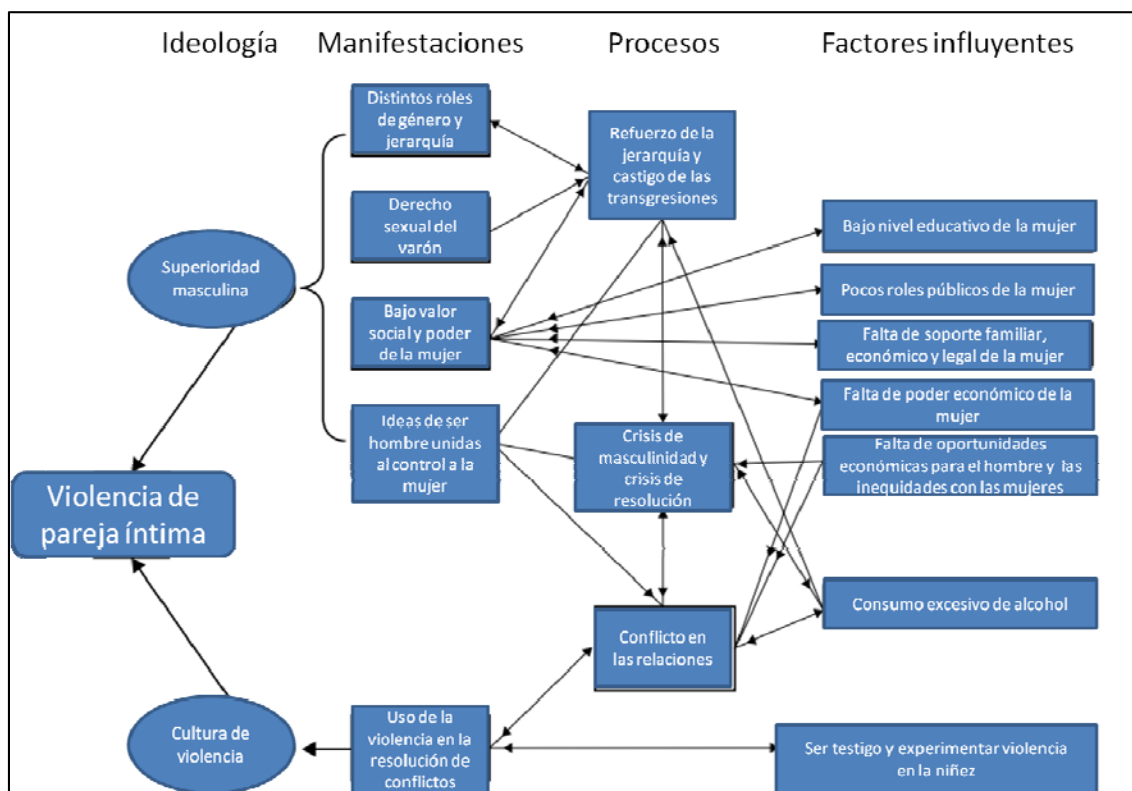


Como en otras comunidades autónomas<sup>29</sup>, la Comunidad de Madrid, en el ámbito de sus competencias y tomando como referencia las recomendaciones internacionales así como los principios enunciados en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, aprobó la Ley de Violencia de Género, Ley 5/2005, de 20 diciembre, que supone un nuevo paso para prevenir y combatir la Violencia de Género, desde una perspectiva integral y en sentido amplio, es decir, atendiendo a todas las posibles situaciones en las que se manifiesta la Violencia de Género ejercida por el hombre hacia la mujer, como expresión de desigualdad<sup>30</sup>.

### ***1.3. Causas y consecuencias de violencia de pareja hacia las mujeres (VPM)***

Jewkes y col. identifican dos factores que parecen ser necesarios en el sentido epidemiológico para que la violencia de pareja ocurra: la situación de desigualdad de las mujeres en una relación particular (y en la sociedad) y el uso normalizado de la violencia en la resolución de conflictos. Estos factores interactúan con una red de factores complementarios para producir la violencia de pareja a través de procesos que legitima la superioridad masculina sobre las mujeres y refuerzan el castigo a menudo por transgresiones de los roles de género femeninos conservadores, y el uso de la fuerza en este proceso. Dentro de estas ideologías, las mujeres son definidas como vehículos apropiados para la reafirmación del poder masculino, por lo tanto, las mujeres se definen como vehículos apropiados para la reconfirmación de poder masculino (ver figura 2)<sup>31</sup>.

**Figura 2. Causas de la violencia de pareja**



Adaptado del artículo de Rachel Jewkes. *Intimate partner violence: causes and prevention*<sup>31</sup>.

En un estudio cualitativo realizado con hombres condenados por violencia de pareja y que participaban en un programa de intervención preventiva encontraron que los elementos primarios del modelo de parejas violentas eran: la justificación de la violencia, la minimización de la violencia, la exposición infantil a la violencia, control ineficaz de la ira, experiencia de la violencia en la niñez y resolución ineficaz de conflictos. Los elementos contextuales del modelo incluyen el poder y el control, el aislamiento social, la desensibilización, relaciones maternas inseguras, la vista de la violencia como un problema privado, las relaciones íntimas ambivalentes, cosificación de la mujer, la inmadurez, la falta de conciencia acerca de lo que constituye la violencia, la desconfianza, la visión tradicional de las funciones de la mujer, las cuestiones financieras, y los celos<sup>32</sup>

Existe abundante bibliografía que pone en evidencia los efectos de la violencia sobre la salud de las mujeres. La VPM se ha asociado a una mala salud física y psíquica, y a un mayor riesgo de tener mala salud en el futuro<sup>33 34 35 36</sup>; también se ha asociado con heridas y/o lesiones, dolores crónicos, enfermedades somáticas y cambios en la salud mental de las

mujeres<sup>37 38</sup>, estas consecuencias en la salud de las mujeres están presentes incluso cuando éstas no reconocen la violencia<sup>39</sup>. Además las mujeres expuestas a violencia por parte de sus parejas acuden con más frecuencia a los servicios sanitarios<sup>36 40</sup>, realizan más visitas médicas y consultas de salud mental, tienen estancias hospitalarias más prolongadas y consumen más fármacos que las mujeres que no presentan violencia generando con ello más gasto al sistema sanitario<sup>33 40 41 42 43</sup>.

#### ***1.4. Vigilancia de VPM***

El reto en la vigilancia de la violencia de pareja hacia la mujer, de manera similar a como ocurre con patologías crónicas, debe consistir en conocer su magnitud, distribución así como en la identificación de los factores de riesgo implicados, los cuales permitan desarrollar planes de acción para mejorar la salud y la calidad de vida de la población<sup>44</sup>.

Las encuestas y los estudios específicos de violencia de pareja sacan a la luz este problema social, y constituyen una primera aproximación al problema, siendo necesario el establecimiento de sistemas de vigilancia sistemáticos, continuos y realizados en periodos regulares de tiempo.

##### ***1.4.1. Magnitud de VPM según las principales encuestas***

###### **a. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer**

Es el estudio más importante a nivel mundial, realizado en 2005 en el que se recabó información de más de 24.000 mujeres procedentes de 15 entornos ubicados en 10 países con diferentes medios culturales: Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzania. Las estimaciones de la prevalencia de violencia física y sexual se obtuvieron preguntando a las entrevistadas, de un modo directo y claro, acerca de sus experiencias concretas en relación a violencia física, sexual, emocional y psicológica de control (se realizaron un total de 19 preguntas)<sup>45</sup>.

En estos países, en su mayoría de renta media y baja, se observó que en las mujeres de 15 a 49 años, entre el 15% y el 71% refirieron haber sufrido violencia física o sexual perpetrada por su pareja a lo largo de su vida.

Se definió violencia actual como la proporción de mujeres que refirieron al menos un acto de violencia física o sexual, sobre las mujeres que ha tenido pareja durante los 12 meses anteriores a la entrevista. Los porcentajes de la violencia actual oscilaron entre 54% en Etiopía provincia y 4% en Japón.

El porcentaje de mujeres que habían experimentado una o más de las conductas emocionalmente abusivas en los 12 meses anteriores a la entrevista, se encontró entre un 12% y un 58%. En general, los actos mencionados con más frecuencia por las mujeres fueron insultos, menosprecio e intimidación <sup>45</sup>.

#### **b. Encuesta Europea de Violencia de Género contra las Mujeres**

Esta encuesta fue realizada por la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA) en 28 países europeos. El trabajo de campo se realizó durante dos años a partir de 2010. En la mayoría de los estados miembro se encuestaron unas 1500 mujeres, y en total se entrevistaron personalmente unas 42000 mujeres de entre 18 y 74 años <sup>46</sup>. Las preguntas sobre violencia física y sexual se realizaron por separado en relación con la pareja actual, las parejas anteriores y otras personas.

##### **Violencia física:**

Se estima que 13 millones de mujeres en la UE experimentaron violencia física durante los 12 meses previos a la encuesta. Esa cifra equivale a un 7% de mujeres con edades entre 18 y los 74 años en la UE.

##### **Violencia sexual :**

Se estima que 3,7 millones de mujeres en la UE fueron víctimas de violencia sexual durante los 12 meses previos a la encuesta, lo que representa el 2% de las mujeres de entre 18 y 74 años de edad en la UE.

### **Violencia física y sexual:**

Según estos criterios cerca del 8 % de las mujeres habían experimentado violencia física y/o sexual en los 12 meses previos a la entrevista, para España se estima que este porcentaje fue del 4%. Para la UE, cuando se analiza quien fue el causante de esta violencia, se encontró: un 3% por parte de la pareja actual, un 3% de violencia ejercida por una expareja, un 4% por alguna de las parejas (actual o expareja) y 5% por alguien distinto a una pareja.

### **Violencia psicológica**

De las mujeres con una relación en la actualidad, un 23% refirió algún abuso psicológico, siendo las conductas más frecuentes las de control (16%) y conductas abusivas (15%). Para España se estima que la violencia psicológica por parte de la pareja fue de 17%.

Además un 7% de las mujeres europeas han respondido de manera positiva en cuatro o más preguntas de violencia psicológica por parte de su pareja actual. La mayoría de las mujeres que víctimas de violencia psicológica también indican en la encuesta que su pareja actual ha adoptado comportamientos de violencia física y/o sexual con ellas.

### **Acoso:**

En la UE, un 5% de las mujeres >15 años han sufrido casos de acoso durante los 12 meses previos a la encuesta. Estos porcentajes indican que cerca de 9 millones de mujeres en la UE-28 fueron víctimas de acoso en un periodo de 12 meses. Para España se estima que estos porcentajes son del 3%.

### **c. Macroencuesta de Violencia del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad**

Se han realizado cinco ediciones de la Macroencuesta de Violencias, las cuatro primeras telefónicas. En el año 2015 se entrevistaron 10.171 mujeres de 16 años y más. Los principales cambios respecto a las anteriores encuestas han sido que por primera vez se incluyeron mujeres de 16 y 17 años y se realizaron entrevistas personales<sup>47</sup>.

### **Violencia física**

La proporción de las mujeres que han sufrido violencia física por parte de su pareja actual en los últimos doce meses fue de un 1,1%, porcentaje que se eleva hasta el 2,1% cuando se pregunta por cualquiera de las exparejas entre aquellas que han tenido relaciones anteriores. Si la referencia es cualquier pareja (pasada o actual) para el total de mujeres que alguna vez ha tenido pareja, la cifra se sitúa en un 1,9%.

### **Violencia sexual:**

El porcentaje de las mujeres que han sufrido violencia sexual de alguna pareja o expareja en los últimos 12 meses fue de un 1,5%. Del total de mujeres residentes en España de 16 o más años que tuvieron alguna expareja, el 1,3% afirmó haber sufrido violencia sexual de alguna de ellas. Del total de mujeres residentes en España de 16 o más años que tenían pareja en la actualidad, el 1,0% manifestaron haber sufrido violencia sexual de esta pareja en los últimos 12 meses.

### **Violencia psicológica de control**

El porcentaje de las que han sufrido violencia psicológica de control de alguna pareja o ex pareja en los últimos 12 meses fue de un 9,5%. Del total de mujeres residentes en España de 16 o más años que tuvieron contacto con alguna ex pareja, el 4,9% afirmó haber sufrido violencia psicológica de control de alguna de ellas en los últimos 12 meses.

### **Violencia psicológica emocional**

Un 8,2% de las mujeres refirió violencia psicológica emocional de alguna de sus parejas durante el último año, siendo del 7,4% de parte de su pareja actual y del 5,2% al respecto a alguna expareja.

### **Violencia económica:**

El porcentaje de las mujeres que sufrieron violencia económica de alguna pareja o expareja en los últimos 12 meses fue de un 2,6%. Del total de mujeres residentes en España de 16 o más años que tuvieron alguna expareja, el 1,6% afirmó haber sufrido violencia económica de alguna de ellas en los últimos 12 meses y de las que tienen pareja

en la actualidad, el 2,3% manifestó haber sufrido violencia económica de esta pareja en los últimos 12 meses.

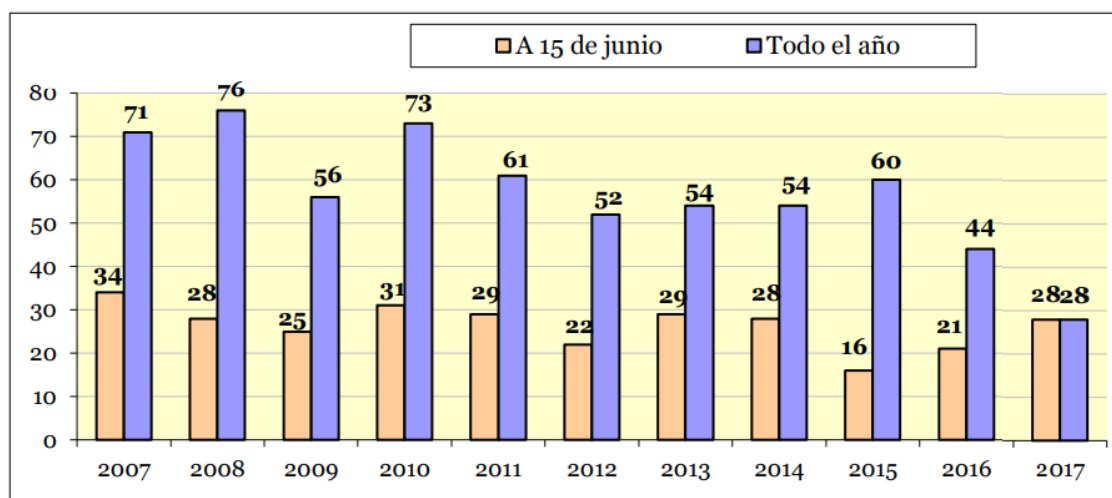
#### ***1.4.2. Magnitud de VPM según otras fuentes***

Actualmente no existe un sistema oficial internacional para recopilar datos sobre este tema y los esfuerzos realizados a nivel nacional son insuficientes. En los expedientes administrativos y las estadísticas policiales y judiciales no se registra con detalle información de la naturaleza, la historia, causas y consecuencias, factores de riesgo y otros aspectos relacionados con la violencia.

En España y según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2016 se registraron 28.281 mujeres víctimas de violencia de género, las cuales se correspondían con los asuntos en los que se dictaron medidas cautelares u órdenes de protección. En cuanto a la edad, el 48,6% de estas mujeres tenían edades comprendidas entre 30 y 44 años, siendo la edad media de las víctimas de 36,6 años. La tasa de víctimas de violencia de género fue de 1,4 por cada 1.000 mujeres, las tasas más altas se encontraron en mujeres de mediana edad, cercana al 3 por 1000 entre aquellas con edades comprendidas entre 20 y 34 años, según país de nacimiento se encontraron tasas de 3,1 por 1.000 entre aquellas mujeres extranjeras frente al 1,1 por 1.000 entre aquellas nacidas en España. Madrid es la tercera Comunidad Autónoma con tasas más altas de víctimas de violencia de género con orden de protección, solo es superada por Andalucía y Valencia<sup>48</sup>.

El Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad también tiene disponible un portal estadístico en el que publica periódicamente información relacionada con violencia de género. En la figura 3 se aprecia el número de víctimas mortales de violencia de género en España. Hasta el 15 de junio de 2017 se registraron en España 28 víctimas mortales de violencia de género, siendo una cuarta parte de ellas eran residentes de la Comunidad de Madrid. Se ha registrado un incremento de casos en comparación con los dos años previos<sup>49</sup>.

**Figura 3. Víctimas mortales por Violencia de Género en España**



Fuente: Ficha estadística de víctimas mortales por Violencia de Género. Año 2017<sup>49</sup>.

## 1.5. Resiliencia

### 1.5.1. Definición de resiliencia

Según la Real Academia Española es un término derivado del inglés *resilience*, y este derivado del lat. *resiliens*, *-entis*, participio de presente activo de *resilīre* 'saltar hacia atrás, rebotar', 'replegarse'. Y tiene dos acepciones<sup>50</sup>:

- Capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos.
- Capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido.

La original teorización de la resiliencia, surge de los estudios del ámbito de la psicología y psiquiatría realizadas en los años 70, en investigaciones que comenzaron documentando un gran número de niños quienes a pesar de crecer en circunstancias altamente adversas emergieron como individuos competentes<sup>51,52</sup>. La Asociación Americana de Psicología, define resiliencia como el proceso de adaptación positiva en medio de la adversidad, trauma, tragedia, amenazas u otras fuentes significativas de estrés<sup>53</sup>.



Según el grupo colaborativo internacional de investigadores de Prevención de la Violencia a lo largo de la vida (PreVail) fundado por el Instituto Canadiense de Investigación en Género y Salud y que incluye a colaboradores de Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Asia y Europa, se define resiliencia como aquellos mecanismos procesos y factores protectores que contribuyen a un buen resultado a pesar de experiencias en situaciones estresantes que han demostrado tener un riesgo significativo alto en el desarrollo de psicopatologías<sup>54</sup>.

Aunque en los últimos años se está incrementando el uso del término resiliencia en la literatura científica, no existe una definición universal aceptada de este término. Según una revisión de la producción científica de los últimos 20 años, realizada por Abun, las definiciones de resiliencia se pueden agrupar en cinco conceptos o definiciones clave: 1. Superarse venciendo la adversidad, es decir la capacidad para superar las dificultades hasta el punto de llegar a tener más éxito o un nivel de funcionamiento más alto que el previo al periodo de trauma o adversidad. 2. Adaptación y ajuste, como una manera positiva a través de la cual los individuos responden a situaciones difíciles a través de procesos de adaptación y ajuste. 3. *Ordinary magic*, como un atributo diario que es inherente a todas las personas, que no puede ser fácilmente medido o cuantificado, situando a la resiliencia como un fenómeno de la vida diaria. 4. Buena salud mental como una aproximación de resiliencia, donde ésta es considerada un regulador que protege a los individuos de desórdenes psíquicos y 5. La capacidad de recuperarse, tras un periodo de dificultad o trauma, retornando al estado normal de bienestar<sup>55</sup>.

### ***1.5.2. Determinantes de la resiliencia***

Los determinantes de la resiliencia incluyen una serie de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que interactúan entre ellos y determinan como uno responde a las experiencias estresantes.

#### **Determinantes biológicos**

En los últimos años, los avances científicos y tecnológicos han hecho posible empezar a entender los procesos biológicos asociados a resiliencia.

### **a. Respuesta resiliente al estrés**

Numerosas hormonas, neurotransmisores y neuropéptidos están involucrados en la respuesta psicobiológica al estrés. Y por tanto diferencias en la función, balance e interacción de estos factores subyacen en la variabilidad inter individual en la respuesta resiliente al estrés.

Resiliencia se ha asociado con una rápida activación eje hipotálamo hipófisis adrenal (HPA) en respuesta al estrés y una finalización eficiente de la misma; así resiliencia se asocia con la capacidad de aislar el incremento, inducido por el estrés, de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) y el cortisol a través de un sistema de retroalimentación negativa, involucrando una función óptima y un balance de receptores de glucocorticoides y mineralocorticoides. También se ha estudiado la relación entre el sistema noradrenérgico y la resiliencia; la respuesta reducida del sistema noradrenérgico en el *locus coeruleus*, localizado en la región gris central de la protuberancia, podría promover resiliencia<sup>56</sup>. También se estudia el papel de los sistemas serotoninérgicos y dopaminérgicos, en neuropéptido Y y su relación con resiliencia<sup>57</sup>.

### **b. Influencia genética en la resiliencia**

Existe una compleja interacción entre la construcción genética individual y la historia particular a la exposición ambiental de estresores lo cual determina el grado de adaptabilidad neuroquímica de sus sistemas de respuesta al estrés y nuevas exposiciones a situaciones adversas, así como la función de los circuitos neuronales involucrados en la respuesta al estrés.

Se han identificado algunos polimorfismos en los genes CRHR1 y FKBP5 que podrían mediar el efecto que se produce en el eje HPA ante eventos estresantes durante el desarrollo. Los datos sugieren que estos genes regulan la función del eje HPA en la exposición al maltrato o abuso infantil. Estos hallazgos conducen a la hipótesis traslacional de que altos niveles de estrés en la etapa inicial de la vida podrían alterar el funcionamiento de los circuitos neuronales que regulan la emoción, la mediación de riesgo y resiliencia en adultos<sup>58</sup>. Asimismo se han identificado varios polimorfismos genéticos que afectan la función de la zona límbica y prefrontal, influenciando su respuesta inicial a eventos

negativos o traumáticos, así como la capacidad de reevaluación cognitiva de estos eventos.

### **c. Circuitos neuronales de resiliencia**

Un creciente número de estudios de imágenes en humanos están comenzando a definir los circuitos cerebrales que median distintos aspectos del ánimo y la emoción bajo circunstancias normales y en varias condiciones patológicas indicativas de baja resiliencia.

El circuito neuronal del miedo es claramente importante en resiliencia. Es posible que el buen funcionamiento del sistema en individuos resilientes pueda prevenir la sobre generalización de estímulos específicos condicionados, induciendo un funcionamiento diferencial de reconsolidación y extinción de procesos o liderar un incremento de la capacidad para aumentar la inhibición de la respuesta de la amígdala por el cortex prefrontal medial (mPFC) en situaciones de estrés<sup>56</sup>.

El circuito neuronal de la recompensa también se ha estudiado asociado a resiliencia. En los estudios de imágenes, en los sujetos que imaginaban eventos futuros positivos existía una mayor activación de la amígdala rostral ACC. Esta activación se ha correlacionado con una predisposición optimista la cual puede relacionarse con resiliencia. Asimismo estudios animales han ampliado el conocimiento de los circuitos de recompensa en el cerebro y su posible importancia para resiliencia. En la que también están involucradas la oxitocina y vasopresina<sup>56</sup>.

Los circuitos neuronales de la regulación de la emoción están involucrados en la resiliencia. Imágenes de resonancia magnética encontraron que mujeres resilientes con una historia de trauma sexual tuvieron una mejor respuesta emocional cognitiva a imágenes aversivas en comparación con las mujeres con síndrome de estrés post-traumático, lo cual se relacionó con la activación del cortex prefrontal, estos resultados resaltan la gran complejidad de los sistemas reguladores de la emoción y sugieren que la resiliencia puede asociarse con la habilidad para mantener la atención a estímulos desagradables<sup>59</sup>.

### **Determinantes psicológicos**

Estos factores pueden dividirse en dos grupos: uno que incluye los denominados como pilares de la resiliencia entre los que están la personalidad y la perspectiva de cada

individuo y otro grupo que incluye los denominados mecanismos protectores que se activan en la persona a consecuencia de la situación estresante concreta. Así los factores más comunes asociados con resiliencia psicológica son comportamientos de soporte positivo (por ejemplo: flexibilidad, aceptación y humor), optimismo, maestría o dominio (competencia y control percibido sobre la propia vida)<sup>60</sup>. Los individuos resilientes están caracterizados por una disposición optimista y alta emocionalidad positiva, lo cual promueve el afrontamiento adaptativo y apertura al aporte social, y están asociadas con gran flexibilidad de pensamiento y exploración<sup>61,62</sup>.

### **Determinantes sociales**

Las competencias sociales también se han relacionados con una buena salud mental, otras características asociadas con resiliencia incluyen un sentido de propósito en la vida, tener una brújula moral, espiritualidad y la habilidad de encontrar sentido en medio del trauma<sup>63</sup>. Los seres humanos son capaces de transmitir una gran cantidad de conocimiento acerca de lo que ayuda, de lo que funciona y de lo que no funciona de la capacidad de individuo proviene del potencial inherente del ser humano y de lo que se aprende a lo largo del tiempo<sup>64</sup>.

#### ***1.5.3. Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)***

De los distintos métodos estudiados en la operativización de resiliencia, los que se realizan utilizando escalas psicométricas tienen la ventaja de ser generalizables, de tener medidas continuas y pueden utilizarse en distintas investigaciones<sup>65</sup>. En una revisión metodológica en la que se evalúan 15 instrumentos psicométricos utilizados para medir resiliencia, la escala de Connor - Davidson (CD-RISC10) tuvo la tercera mejor puntuación<sup>66</sup>.

La escala de resiliencia de Connor-Davidson fue desarrollada con la intención de ser utilizada en la práctica clínica, para valorar la respuesta al tratamiento así como en la investigación biológica en el marco del estudio de la depresión y ansiedad y el desorden de estrés post-traumático. La escala inicial estaba compuesta por 25 ítems, cada uno con una escala de respuesta de 5 ítems (puntuación de 0-4), las puntuaciones más altas del test reflejan mayor resiliencia. La escala demostró buenas propiedades psicométricas y el análisis factorial inicial identificó 5 factores: “competencia personal, elevado estándar y

tenacidad”, “confianza en los propios instintos, tolerancia a los efectos negativos y resistencia a los efectos del estrés”, “aceptación positiva a cambios y relaciones seguras”, “control” y “influencia espiritual”<sup>67</sup>.

Campbell-Sills y col. realizaron un análisis factorial exploratorio del cuestionario original de 25 ítems y encontraron que tenían una estructura factorial inestable al ser aplicado a dos muestras demográficamente equivalentes y tras una serie de modificaciones empíricas obtuvieron una escala unidimensional definida como “aquellas cualidades personales que permiten prosperar frente a la adversidad”, de 10 ítems, la cual demostró buena consistencia interna y validez de constructo, con lo que el CD-RISC 10 mostró excelentes propiedades psicométricas permitiendo una medida eficiente de resiliencia<sup>67</sup>.

Notario-Pacheco y col., validaron la versión en español del CD-RISC 10 en adultos jóvenes (18-30 años). Analizaron la consistencia interna del cuestionario, encontrando un coeficiente  $\alpha$  Cronbach de 0,85 y un coeficiente de correlación intraclase test-retest de 0,71, lo que indica que el instrumento tiene unas buenas propiedades psicométricas y puede ser usado como un instrumento válido y fiable para medir resiliencia; asimismo se confirmó que subyace un único factor del constructo de resiliencia<sup>68</sup>. Este instrumento también ha sido validado en población adulta mayor (60-75 años) no institucionalizada y en pacientes con fibromialgia, mostrando también buenas y aceptables propiedades psicométricas y altos niveles de validez y fiabilidad<sup>69,70</sup>.

En otras investigaciones se encontró un coeficiente de correlación de 0,73 en la fiabilidad test-retest del CD-RISC-10 en la versión en español del cuestionario<sup>68</sup>; asimismo se encontró un coeficiente de 0,90 en una muestra en población china<sup>71</sup>. Las investigaciones indican que esta estructura unifactorial de cuestionario refleja el factor latente de resiliencia y se ha utilizado un análisis factorial confirmatorio en distintas poblaciones<sup>71,68</sup>.

La validez convergente del cuestionario se ha demostrado mediante la correlación que existe con otros cuestionarios como el de afrontamiento de estrés, la escala de autoestima de Rosenberg<sup>72</sup>, la escala de predisposición a la esperanza<sup>73</sup> y con la escala multidimensional de apoyo social percibido<sup>74</sup>. Asimismo en un estudio epidemiológico en

California se encontró asociación moderada con bienestar emocional, funcionamiento cognitivo, envejecimiento exitoso autopercebido, optimismo y días compartidos con amigos y familiares<sup>75</sup>.

#### ***1.5.4. Factores que influyen en la puntuación del CD-RISC 10***

Se ha estudiado la relación entre las puntuaciones de CD-RISC y sexo y se ha encontrado resultados variables. En estudiantes de medicina chinos, Peng y col. encontraron significativamente mayores puntuaciones de CD-RISC en hombres que en mujeres<sup>74</sup>. En contraste, un estudio Australiano encontró que las adolescentes mujeres puntuaban más alto que los varones<sup>76</sup>. Estas diferencias podrían sugerir, además, la influencia de factores culturales en la medida de resiliencia.

El CD-RISC10 se ha estudiado ampliamente en pacientes con trastorno de estrés post-traumático y en sujetos expuestos a traumas severos así como en pacientes con otros desórdenes psiquiátricos. También se ha utilizado esta encuesta en pacientes que acuden a centros de atención primaria<sup>77</sup> y en sujetos sanos como deportistas de élite<sup>78</sup>. En estos estudios se ha encontrado que las puntuaciones del CD-RISC 10 de los individuos sanos son más altas que aquellos que tienen alguna patología psiquiátrica.

### ***1.6. Apoyo social y violencia***

El apoyo social ha sido definido por Thoits P.A. como el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación<sup>79</sup>. Entre los instrumentos que se han propuesto para medir el apoyo social funcional destaca por su sencillez y brevedad el cuestionario Duke-UNC modificado y validado por Broadhead que evalúa el apoyo social percibido. Tras el análisis factorial de los 14 ítems de la versión original, se redujo y se mantuvieron 11 ítems con dos dimensiones: apoyo confidencial y apoyo afectivo<sup>80</sup>. El apoyo confidencial como aquel por el cual las personas pueden recibir información, consejo o guía, o disponen de personas con las que pueden compartir sus inquietudes o problemas y el apoyo afectivo, que puede concretarse en expresiones de amor, cariño, estima, simpatía y/o pertenencia a grupos.

Se ha validado la versión en español de este instrumento por De la Revilla-Ahumanda y col. quienes al aplicarlo en un centro de salud que pertenecía a una zona básica deprimida, encontraron una buena consistencia interna de la escala (alfa de Cronbach 0,8165) y asignaron al factor 1: los ítems 7, 8, 6, 4, 1 y 10 y al factor 2: los ítems 11, 9, 2, 3 y 5 <sup>81</sup>. Posteriormente Bellón-Saameño y col. validaron esta escala encontrando también una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,902), estos autores asignaron el apoyo confidencial a los ítems: 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10 y al apoyo afectivo: los ítems 3, 4, 5 y 11 <sup>82</sup>.

Existen otros factores que podrían influir también en VPM como las características del barrio, en el estudio de Gracia y col. quienes realizaron un análisis espacial de barrios en Valencia, encontraron que las características del barrio que influyeron en el riesgo de violencia intrafamiliar fueron: barrios físicamente desordenados, con altos niveles de desorden público y delincuencia, en los que existen bajos niveles educativos y económicos y altas concentraciones de inmigrantes<sup>83</sup>.

### ***1.7. Instrumentos para el cribado de violencia de pareja***

En la literatura científica existen diversos instrumentos que son utilizados para la detección de violencia. Los CDC realizaron una revisión sistemática en 2007 y compilaron 34 instrumentos utilizados para la detección de violencia de pareja hacia la mujer, dentro de los cuales se encuentra la versión corta del *Woman Abuse Screening Tool* (WAST)<sup>84</sup>. Asimismo Rabin RF et al, al estudiar instrumentos de cribado, concluyen que ningún instrumento de cribado de violencia tiene propiedades psicométricas bien establecidas y que los instrumentos han sido evaluados solo en un número reducido de estudios siendo necesarias futuras pruebas y validaciones<sup>85</sup>.

#### ***1.7.1. Woman Abuse Screening Tool (WAST)***

El *Woman Abuse Screening Tool* (WAST) fue desarrollado originalmente en inglés para ser utilizado en Atención Primaria y para detectar abuso emocional o físico por parte

de la pareja. El cuestionario contenía originalmente 8 preguntas, en las dos primeras se pregunta por el grado de tensión y dificultad en las relaciones de pareja y en las otras por la frecuencia de actos de violencia emocional, físico y sexual. Este cuestionario fue validado tomando como referencia el *Abuse Risk Inventory* y se encontró una buena correlación entre WAST y este cuestionario. Posteriormente se eliminó uno de los ocho ítems debido a una baja correlación interna con la escala global del WAST. Los autores también evaluaron la eficacia de las dos primeras preguntas con las que las mujeres se sentían más cómodas, con estas preguntas se pudo clasificar correctamente al 100% de las mujeres no maltratadas (especificidad) y al 91,7% de las mujeres maltratadas (sensibilidad) <sup>86</sup>.

La versión en español del WAST fue validada en mujeres hispanohablantes de Estados Unidos el año 2002. En esta validación los autores incluyeron las 7 preguntas originales del WAST más una pregunta que explora la violencia sexual y también realizaron una validación de la versión corta del WAST.

La versión corta del WAST tiene dos criterios de puntuación (criterio 1: alguna respuesta positiva a las dos preguntas; criterio 2: alguna respuesta extrema) y encontraron según el criterio 1 de puntuación: una especificidad de 68% y una sensibilidad de 93% ; y con el criterio 2 de puntuación: especificidad de 79% y una sensibilidad del 44%<sup>87</sup>.

Esta versión corta del WAST fue validada para su uso en atención primaria en España por Plazaola-Castaño y col. Quienes con una prevalencia de violencia de 14,9% encontraron con el criterio 1 de puntuación: una especificidad de 76,2% y una sensibilidad de 91,4% mientras que con el criterio 2: una especificidad 96,1% y una sensibilidad del 44,8%.<sup>88</sup>

### ***1.7.2. Recomendaciones para realizar el cribado de violencia***

Cada vez hay más evidencia que respalda la eficacia de los programa de cribado y son cada vez más las organizaciones y sociedades científicas que se posicionan a favor de preguntar de forma rutinaria a las mujeres por la posibilidad de estar sufriendo maltrato. En este sentido, el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)<sup>89</sup>, en el documento de ‘Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria’, incluye recomendaciones específicas para la violencia contra la mujer en el ámbito de la pareja. En relación al cribado universal, el



Grupo de Salud Mental del PAPPS recomienda investigar la posibilidad de maltrato en todas las mujeres mayores de 14 años y estar alerta ante signos, señales o indicadores de sospecha de maltrato.

El Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en Violencia de Género, recomienda también que en Atención Primaria se investigue la posibilidad de maltrato en toda mujer que acuda a consulta y a la cual no se le haya preguntado previamente por ello<sup>27</sup>.

El protocolo común sugiere algunas preguntas generales que podrían utilizarse en consulta para la búsqueda activa de situaciones de maltrato en caso de sospecha (Figura 4).

**Figura 4. Recomendaciones para el abordaje de las mujeres ante sospecha de violencia de pareja**

**En el caso de sospecha por información obtenida de los antecedentes y características de la paciente:**

- He repasado su historial y encuentro algunas cosas que me gustaría comentar con usted. Veo que: (relatar los hallazgos), ¿a qué cree que se debe su malestar ó problema de salud?, La encuentro algo intranquila ¿qué le preocupa? ¿Está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?, ¿qué me puede decir a esto? ¿cree que todo está relacionado?
- En muchos casos las mujeres que tienen problemas como los suyos, como... (relatar algunos de los identificados, los más significativos), suelen ser a causa de que están recibiendo algún tipo de maltrato por parte de alguien, por ejemplo su pareja, ¿es éste su caso?
- En caso de sospecha por antecedentes como dispareunia, dolor pélvico..., preguntar acerca de si sus relaciones afectivas y sexuales son satisfactorias o no.
- En el caso de sospecha por las lesiones físicas que presenta:
  - Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un empujón, golpe, corte, puñetazo, ¿es eso lo que le ha ocurrido?
  - ¿Su pareja o alguna otra persona utiliza la fuerza contra usted?, ¿cómo?, ¿desde cuándo?
  - ¿Alguna vez la han agredido más gravemente? (palizas, uso de armas, agresión sexual).
- En el caso de sospecha por los síntomas o problemas psíquicos encontrados:
  - Me gustaría conocer su opinión sobre esos síntomas que me ha contado (ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía.): ¿Desde cuándo se siente usted así? ¿A qué cree usted que se deben? ¿Los relaciona con algo?
  - ¿Ha sucedido últimamente algo en su vida que le tenga preocupada o triste? ¿Tiene algún problema quizás con su pareja? ¿O con sus hijas ó hijos? ¿Con alguien de su familia? ¿En el trabajo?
  - Parece como si se encontrara alerta, asustada, ¿Qué teme?
  - ¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amistades o familiares? ¿Qué le impide hacerlo?

**En el caso de sospecha en situaciones de especial vulnerabilidad:**

- “Durante el embarazo a veces, se agudizan los problemas o conflictos de pareja ¿se encuentra usted en esta situación? ¿cómo vive su pareja el embarazo? ¿se siente apoyada por él?”
- Se ha visto que al estar lejos del país pueden aumentar los problemas en la pareja ¿cómo va su relación? ¿se siente sola?”
- Se sabe que, en ocasiones cuando hay algún tipo de discapacidad se puede ver afectada la relación de pareja ¿cómo van las cosas en casa?

Fuente: Protocolo común para la actuación sanitaria en violencia de género (Tabla 8a. Ejemplo de preguntas ante sospecha).

## ***1.8. Acoso y control a través de medios electrónicos***

### ***1.8.1. Frecuencia de uso de las tecnologías de la información y comunicación***

A nivel de la Unión Europea, que incluye 28 países miembros (UE-28), el año 2014 el 81% de los hogares contaba con acceso a internet y un 78% de todos los ciudadanos de la UE-28 de 16 a 74 años utilizaron internet (al menos una vez en los tres meses anteriores a la encuesta). El uso móvil de internet, es decir el uso de internet fuera de casa o del trabajo mediante un ordenador portátil o un teléfono móvil ha sido de un 51%, siendo los teléfonos móviles los más utilizados para realizar la conexión a internet. Asimismo una de las actividades en línea más comunes en la UE-28 fue la participación en las redes sociales, cerca de la mitad (46%) de las personas de entre 16 y 74 años de edad utilizó internet para participar en redes sociales<sup>90</sup>.

Según los datos del INE de la “Encuesta sobre equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación de los Hogares”, correspondientes al año 2016, ocho de cada 10 personas de 16 a 74 años han usado internet en los últimos tres meses y dos de cada tres lo hacen a diario. Según país de nacimiento, los nacidos fuera de España utilizan con mayor frecuencia internet siendo este porcentaje de 83,8% vs. 80,2% para población española. El dispositivo más utilizado para conectarse desde cualquier sitio a internet es el teléfono móvil, (93,3% de los internautas en los últimos tres meses lo mencionan)<sup>91</sup>. Para el año 2014 el uso de internet era de 76,2% y según grupos de edad el porcentaje más alto se encontró entre los más jóvenes: 98,3% para el grupo de 16-24 años, 93,7% para el grupo de 25-34 años, 89,8% para el grupo de 35 a 44 años, 78,2% para el grupo de 45-54 años, 55,4% para el grupo de 55-64 años y 26,2% para el grupo de 65-74 años.

En cuanto a la participación en redes sociales, en 2016 el 66,8% de los usuarios de internet en los últimos tres meses participa en redes sociales de carácter general, porcentaje que es similar al de años anteriores. Los más participativos son los estudiantes (90,7%), los jóvenes de 16 a 24 años (91,1%) y las mujeres (70,3%)<sup>91</sup>.

### ***1.8.2. El uso de las nuevas tecnologías como instrumentos para ejercer violencia.***

La disponibilidad de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) pueden tener impactos positivos y negativos en el contexto de una relación de pareja. Stonard y col., en el estudio cualitativo con adolescentes de entre 12 y 18 años (22 chicas y 30 chicos) encontraron que si bien las TIC tienen un impacto positivo en desarrollo y el mantenimiento de las relaciones románticas en los adolescentes, también constituyen una nueva vía para los comportamientos no saludables de acoso y control dentro de las relaciones de pareja. La violencia de pareja a través de las TIC son percibidas como menos dañinas y menos perjudiciales que las conductas clásicas. Las percepciones y las experiencias de las TIC en las relaciones de pareja y la violencia a través de estos medios varían de acuerdo al género <sup>92</sup>.

En un estudio cualitativo realizado en jóvenes en España, se definió ciberacoso vinculado con la violencia de género, como una forma de invasión en la vida de la víctima de forma repetida, disruptiva y sin consentimiento utilizando las posibilidades que ofrece internet. Estas actividades tienen lugar entre personas que tienen o han tenido un vínculo relacional previo y se produce por motivos directamente vinculados a la esfera afectiva de las relaciones de pareja <sup>93</sup>.

Mediante grupos de discusión se pudo establecer que el ciberacoso como violencia de género es una práctica asentada de manera relevante entre jóvenes españoles con una relación de pareja. Asimismo señalan que existe una asimetría de concepciones y representaciones sociales que muestran chicas y chicos sobre el ciberacoso como violencia de género. Mientras que los hombres jóvenes, explícitamente asumen y hacen propias las ventajas de internet para multiplicar sus posibles relaciones afectivas y sexuales, las mujeres jóvenes desarrollan explícitamente una culpa moral, así como un explícito reconocimiento de su responsabilidad, ante el conjunto de conflictos generados en las parejas por las nuevas posibilidades de la tecnología que supone internet y las redes sociales aportan a las relaciones humanas en general y a las parejas en particular. Asimismo indican que el ciberacoso en las mujeres jóvenes se debe a que siguen existiendo una serie de actitudes tradicionales que estereotipan las relaciones sociales entre ambos géneros. Actitudes provenientes de valores sexistas y de una realidad social más amplia al mundo digital y que se proyectan en la red <sup>93</sup>. El estudio de Korchmaros y col, también

sugiere que la perpetración de violencia psicológica de pareja a través de los medios de comunicación mediados por computador son prevalentes y son una extensión de la perpetración a través de los medios de comunicación utilizados más comúnmente como el cara a cara<sup>94</sup>.

### ***1.8.3. La violencia de pareja en jóvenes***

Para considerar el grupo de mujeres jóvenes se pueden utilizar diferentes criterios. Uno de ellos es el que establece Euorostat, quienes en los informes de Young People consideran población joven a las personas con edades entre 15 y 29 años<sup>95</sup>, este punto de corte de los 29 años también coincide con el utilizado por la Agencia Europea para los derechos Fundamentales cuando proporciona información de prevalencia de violencia a nivel europeo.

Otro punto de corte por edad es el de los 24 años, el cual coincide con el utilizado en la Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer del 2015 cuando se refieren a población juvenil, OMS y Naciones Unidas también suelen utilizar este mismo punto de corte.

Las relaciones de pareja en jóvenes tienen peculiaridades, se caracterizan porque las dinámicas de poder relacionadas con el control y la dependencia son distintas a las que ocurren en una relación de pareja en personas adultas. En las relaciones de pareja en jóvenes no suele haber convivencia, no se comparten ingresos, no tienen hijos y existe una fuerte presión social que influye en las decisiones que toman respecto a sus relaciones<sup>96</sup>.

Asimismo existen algunos mitos y neomitos que son especialmente importantes a estas edades así, el mito del amor romántico puede considerarse como un factor de riesgo de violencia en las relaciones amorosas en adolescentes. En el estudio realizado entre jóvenes de 18 a 30 años en el que se pretendía estudiar las creencias justificadoras de la violencia, mitos sobre el amor y el abuso online en el noviazgo, encontraron que la justificación del abuso online se asoció significativamente a una mayor probabilidad de perpetración de agresión directa online en relaciones de pareja. Los mitos del amor se relacionaron con una mayor probabilidad de perpetración de control online, especialmente en jóvenes<sup>97</sup>.

#### ***1.8.4. Instrumentos que miden el acoso y control a través de medios electrónicos.***

Las conductas de control a través de los medios electrónicos son una de las formas más comunes de ciberacoso<sup>98</sup>; sin embargo no todos los adolescentes reconocen que algunas conductas como ‘Enviarle mensajes por internet o teléfono móvil, asustando, ofendiendo o amenazando’ son conductas de maltrato (6,4% nada y 3,2%poco). Estos porcentajes son incluso más altos cuando se analiza únicamente las respuestas que dan los chicos (9,4% nada y 4,5% poco)<sup>99</sup>.

Recientemente se han desarrollado algunos instrumentos que miden el acoso a través de medios electrónicos los cuales abordan fundamentalmente el acoso sexual<sup>100,101</sup>.

**JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

## **2. Justificación, objetivos e hipótesis**

### **2.1. *Justificación***

La violencia de pareja hacia las mujeres (VPM) es la mayor manifestación de la desigualdad de los hombres sobre las mujeres y ha sido reconocida como un problema de salud pública de alcance mundial. Es un fenómeno prevalente con graves repercusiones en la salud de las mujeres y de sus hijos y que genera un importante gasto en el sistema sanitario por lo que es debe ser vigilado.

En el estudio de los factores asociados a la violencia de pareja hacia las mujeres, los expertos han recomendado estudiar la resiliencia por sus posibilidades de aportar beneficios tanto en la prevención del problema como en su resolución cuando está instaurado. De los cuestionarios que se utilizan para medir resiliencia, el cuestionario CD-RISC-10 es uno de los que tienen mejores propiedades psicométricas.

La violencia de pareja hacia las mujeres es un problema de salud pública que debe ser vigilado y desde los servicios epidemiología existe la necesidad de contar con instrumentos breves y validados que puedan incluirse en encuestas de vigilancia. De los instrumentos de cribado de violencia la versión corta del WAST presenta adecuadas propiedades psicométricas y su versión en español ha sido validada en consultas de atención primaria. Este cuestionario ha sido utilizado en entornos donde la prevalencia de violencia es elevada; sin embargo no ha sido validado en encuestas poblacionales por lo que es necesario analizar los índices de validez en población general y valorar su utilidad en encuestas de vigilancia.

Disponer de un instrumento de cribado de violencia de pareja hacia las mujeres no solo sería útil para incluirlo en encuestas de vigilancia sino que podría utilizarse tanto en entornos sanitarios y no sanitarios. La VPM es un problema de salud infradiagnosticado en la consulta, por ello la necesidad de contar con instrumentos que permitan una mejor detección, facilitando la intervención y el ofrecimiento de recursos que puedan ayudar a las mujeres a salir de esa situación.

Finalmente puesto que la violencia de pareja afecta en una proporción importante a mujeres jóvenes, es necesario explorar nuevas formas de ejercer conductas de acoso y



control mediante el uso de nuevas tecnologías, estudiar la asociación de estas conductas con la violencia ya definida, así como explorar la utilización de las preguntas de acoso y control a través de medios electrónicos como preguntas de cribado en la detección de este problema.

## **2.2. Objetivos**

**Objetivo 1:** Estudiar la VPM según información procente del sistema de vigilancia de la Comunidad de Madrid.

- Determinar la prevalencia y las características de VPM según datos de una encuesta poblacional.
- Describir las características de las mujeres y los factores asociados a VPM.

**Objetivo 2:** Estudiar la resiliencia como factor asociado a la VPM.

- Describir las características de las mujeres según niveles de resiliencia mediante el cuestionario CD-RISC 10.
- Cuantificar la asociación entre niveles de resiliencia y VPM considerando las variables de confusión y de interacción.

**Objetivo 3:** Examinar la validez de criterio del cuestionario *Woman Abuse Screening Tool* (WAST) como cuestionario de cribado de VPM según grupos de edad.

- Estimar los indicadores de validez del WAST utilizando los dos criterios de puntuación definidos según grupos de edad.

**Objetivo 4:** Explorar nuevas formas de ejercer violencia de género a través de medios electrónicos.

- Determinar la prevalencia de conductas de acoso y control a través de medios electrónicos en mujeres jóvenes.
- Explorar la asociación entre las preguntas de acoso y control a través de medios electrónicos y la violencia de pareja en mujeres jóvenes.

- Explorar indicadores de validez de las preguntas de acoso y control a través de medios electrónicos como cribado de VPM en mujeres jóvenes y según grupos de edad.

### **2.3. Hipótesis**

En relación con el objetivo 1:

- Existe una elevada prevalencia de VPM entre mujeres residentes de la Comunidad de Madrid y existen algunos grupos especialmente vulnerables.

En relación con el objetivo 2:

- La resiliencia es un variable asociada de forma inversa a la VPM y existe un gradiente de asociación entre niveles de resiliencia y prevalencia de violencia que permanece después de ajustar por variables confusoras.

En relación con el objetivo 3:

- El WAST tiene niveles adecuados de sensibilidad y especificidad para la detección de VPM.
- Los índices de validez del WAST como cuestionario de cribado son distintos según la edad de las mujeres.

En relación al objetivo 4:

- Los medios electrónicos pueden vehicular nuevas formas de ejercer la VPM y su papel es especialmente relevante en mujeres jóvenes.
- Las preguntas de acoso y control a través de medios electrónicos pueden utilizarse como preguntas de cribado de la VPM en mujeres jóvenes.

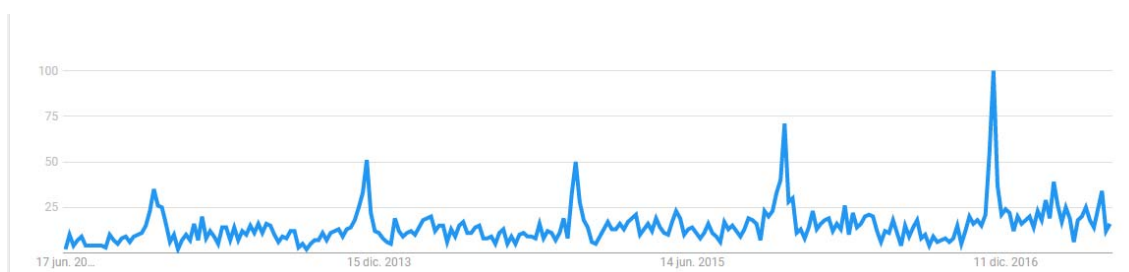
**VIGILANCIA DE LA VIOLENCIA DE PAREJA  
HACIA LAS MUJERES**

### 3. Vigilancia de la violencia de parejas hacia las mujeres

En la Comunidad de Madrid, la VPM se vigila a través de encuestas específicas con una periodicidad quinquenal y hasta la fecha se han realizado tres encuestas, la última en 2014. Desde 2011 la vigilancia de VPM también se incluyó en el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No transmisibles (SIVFRENT). En estas encuestas anuales dirigidas a población adulta y a población juvenil se incluyeron preguntas directas que exploran VPM. Desde 2011 se analizan también los registros electrónicos del Servicio Madrileño de Salud sobre violencia de género según códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) o según códigos de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) y según esta última fuente de información en 2015 se detectaron 2.386 nuevos casos de maltrato por violencia de género lo que se corresponde con una incidencia de 82,6 casos por 100.000 mujeres.

En la vigilancia de estos problemas de salud complejos es necesario continuar innovando y hacer uso de las diversas fuentes de información existentes. Como ejemplo de esto podemos citar lo ocurrido la vigilancia la gripe en la que se encontró una correlación entre las tendencias de búsquedas de gripe en google y las notificaciones de la red de médicos centinela en países europeos<sup>102</sup> (ver artículos). Sin embargo el uso de estas nuevas fuentes debe utilizarse como complemento de información sin remplazar los métodos de vigilancia convencionales. En la figura 5 se aprecia la tendencia de las búsquedas de violencia contra la mujer de los últimos 5 años correspondientes al territorio español, los picos coinciden con la semana en la que se celebra el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.

**Figura 5. Tendencias de búsquedas de violencia contra la mujer en España (2013-2017)**



Fuente: Google trends.<sup>103</sup>

### ***3.1. Sujetos y métodos***

Estudio descriptivo transversal utilizando los datos de una encuesta poblacional. La fuente de información fue la “3º Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid” realizada mediante entrevista telefónica en 2014.

#### **Criterios de inclusión de la encuesta**

- Mujeres con Tarjeta de Identificación Sanitaria (TIS) de la Comunidad de Madrid con edades comprendidas entre 18 y 70 años.
- Mujeres con una relación de pareja en el último año o mujeres que hayan mantenido contacto con alguna expareja en el último año.

#### **Criterios de exclusión de la encuesta**

- Residentes de menos de un año en la Comunidad de Madrid.
- Mujeres con pareja del mismo sexo.

#### **Marco muestral de la encuesta**

El marco muestral ha sido la base de datos de TIS a fecha de 30 de Septiembre de 2013.

#### **Diseño muestral de la encuesta**

El muestreo de la encuesta fue estratificado con afijación proporcional a los estratos determinados por el cruce de tres variables:

- Zona geográfica: Madrid, área metropolitana y municipios de menos de 10.000 habitantes.
- Grupos de edad: 18-24, 25-39, 40-54 y 55-70
- País de nacimiento: España o fuera de España

La selección de las mujeres en cada uno de los estratos fue aleatoria hasta la saturación del estrato en el nivel proporcional fijado previamente.

### **Procedimiento de Recogida de datos de la encuesta**

Se realizó una encuesta telefónica mediante el sistema C.A.T.I. (Computer Assisted Telephone Interviewing) y bajo la supervisión visual y auditiva desde la cabina de control para realizar los controles de calidad en la entrevista y en la cumplimentación del cuestionario.

Las entrevistas se realizaron de lunes a viernes en horario de 10:00 a 22:15 horas. Se programó el mayor número de entrevistas en los horarios de la mañana y tarde con el fin de conseguir que la mujer entrevistada no fuera interrumpida y/o pudiera hablar del tema. Cuando fue necesario, las entrevistadas podían solicitar una franja horaria específica para la realización de la encuesta con mayor tranquilidad.

El equipo de entrevistadoras estuvo formado exclusivamente por mujeres, de las cuales, algunas de ellas hablaban rumano y árabe para facilitar la entrevista con las mujeres extranjeras cuyo nivel de español fuera bajo. El equipo de entrevistadoras recibió una sesión formativa para evitar sesgos en el desempeño del trabajo.

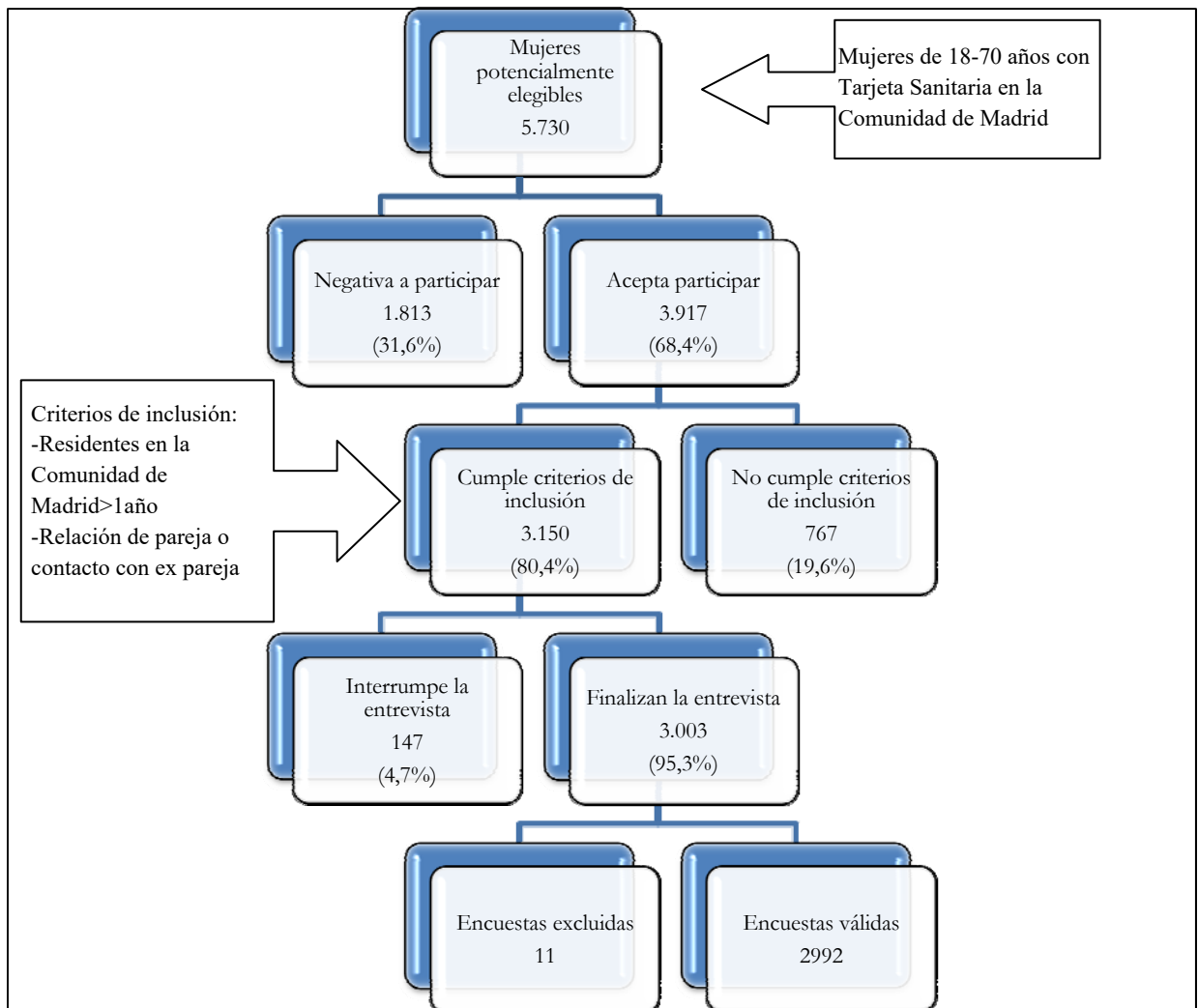
### **Duración del trabajo de campo de la encuesta**

El trabajo de campo se desarrolló entre diciembre de 2013 y febrero de 2014.

### **Tasa de participación**

Se contactó con 5.730 mujeres potencialmente elegibles con edades entre 18 y 70 años, de ellas el 68,4% aceptó participar en el estudio. De las 3.917 mujeres que aceptaron participar, se excluyeron 767 (19,6%) por no cumplir los criterios de inclusión. Se realizaron 3.150 encuestas, el 95,3% finalizó la entrevista telefónica. De las 3.003 encuestas finalizadas, se excluyeron 11 (0,4%) por el elevado número de no respuestas a las preguntas de violencia de pareja, por lo que el análisis se realiza en base a 2.992 encuestas (ver figura 6).

**Figura 6. Diagrama de flujo de la participación de las mujeres en la encuesta telefónica**



La tasa de participación se calculó de la siguiente manera:

	Encuestas válidas
Tasa de respuesta =	$\frac{\text{Encuestas válidas}}{\text{Aceptan participar y cumplen criterios de inclusión} + \text{Negativa a participar}}$

La tasa de participación global fue de 60,28%. La población de estudio fueron las 2.992 mujeres que finalizaron la encuesta.

### 3.1.1. Variables de estudio

#### a. Violencia de pareja hacia las mujeres (VPM)

La determinación de violencia de pareja se realizó utilizando el cuestionario de VPM de la Comunidad de Madrid. Este cuestionario explora violencia psicológica, física y sexual (ver tabla 6).

*Violencia psicológica:* Se realizaron preguntas del cuestionario utilizado en la *Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF)*<sup>104</sup>. De las 15 preguntas que comprende el cuestionario, doce se valoraron con respuestas en una escala tipo Likert de 5 categorías: “Nunca”, “rara vez”, “algunas veces”, “muchas veces” y “constantemente/siempre”. Y otras tres preguntas se valoraron con respuestas en una escala cuantitativa agrupada en 6 categorías, siendo de menor a mayor frecuencia: “Nunca”, “1 vez”, “2-3 veces”, “4-10 veces”, “más de 10 veces”, “prácticamente todos los días/siempre”.

*Violencia sexual:* Se tomaron las dos preguntas del apartado de agresiones sexuales usado en la ENVEFF<sup>104</sup>. Las respuestas se valoraron con la escala cuantitativa de 6 categorías descrita en el párrafo anterior.

*Violencia física:* Se utilizaron nueve preguntas de la *Conflict Tactics Scales (CTS-1)*<sup>105</sup>. Las respuestas se valoraron mediante una escala ordinal de 6 categorías de menor a mayor frecuencia: “Nunca”, “1 vez”, “2-3 veces”, “4-10 veces”, “más de 10 veces”, “prácticamente todos los días/siempre”.

El cuestionario para la detección de violencia de pareja fue validado en mujeres de la Comunidad de Madrid. Este cuestionario tiene una sensibilidad del 80,4% (79,3-81,6) y una especificidad 90,0% (88,9-91,0) para detección de VPM<sup>106</sup> y ha sido utilizado en las encuestas realizada por la Comunidad de Madrid los años 2004, 2009 y 2014<sup>43 107 108</sup>.



**Tabla 6. Cuestionario de la Comunidad de Madrid de violencia de pareja hacia las mujeres (VPM)**

Violencia psicológica	
1	¿Le ha impedido hablar o ver a sus amigos o familiares?
2	¿Le impide hablar con otros hombres (es celoso)?
3	¿Ha criticado o desvalorizado lo que usted hace?
4	¿Hace comentarios desagradables sobre su apariencia física?
5	¿Le ha impuesto un modo de vestirse, peinarse o comportarse en público?
6	¿No ha tenido en cuenta o ha despreciado sus opiniones?
7	¿Le dice lo que usted debe pensar?
8	¿Le ha exigido saber con quién y dónde ha estado usted?
9	¿Ha dejado de hablarle o se ha negado totalmente a discutir?
10	¿Le ha impedido tener acceso al dinero para las necesidades de la vida cotidiana?#
11	¿Le ha amenazado con quitarle o llevarse a sus hijos?##
12	¿Le ha amenazado con suicidarse?
13	¿Le ha amenazado con hacerle daño a usted o a sus familiares?
14	¿Le ha insultado u ofendido?
15	¿Le ha echado de casa o impedido entrar en ella?#
Violencia sexual	
16	¿Ha utilizado la fuerza para tener relaciones sexuales con usted?
17	¿Le ha impuesto actos sexuales que usted rechazaba?
Violencia física	
18	¿Le tiró algún objeto?
19	¿La empujó, agarró, tiró?
20	¿Le dio una bofetada?
21	¿Le dio patadas, la mordió o le dio un puñetazo?
22	¿Le pegó o trató de pegarle con alguna cosa?
23	¿Le dio una paliza?
24	¿Le agarró del cuello?
25	¿Le amenazó con un cuchillo o una pistola?
26	¿Usó un cuchillo o una pistola?

#Sólo a las mujeres que convivieron con la pareja

## Sólo para aquellas que tienen hijos

### ***Definición de caso:***

#### *Violencia Psicológica:*

Se consideró caso cuando la respuesta a alguna de las 15 preguntas que exploraron violencia psicológica fue:

- Una respuesta positiva que se produzca con una frecuencia de “muchas veces” o “4-10 veces” en adelante ó
- A partir de cuatro respuestas positivas que se produzcan con una frecuencia de “algunas veces” ó “2-3 veces” en adelante.

#### *Violencia Sexual:*

Se consideró caso cuando la respuesta a alguna de las 2 preguntas que exploraron violencia sexual fue:

- Una respuesta positiva con una frecuencia de “1 vez” en adelante.

#### *Violencia Física:*

Se consideró caso cuando la respuesta a alguna de las 9 preguntas que exploraron violencia física fue:

- Una respuesta positiva con una frecuencia de “1 vez” en adelante.

#### *Violencia de Pareja hacia las Mujeres (VPM):*

Se consideró caso de VPM cuando cumplieron al menos una de las tres definiciones de caso de violencia psicológica, física o sexual.

#### ***Violencia muy grave:***

Se consideró violencia muy grave cuando la mujer cumple criterios de dos tipos de violencia o violencia física o sexual con una frecuencia mayor igual a “2-3 veces”.

#### ***b. Características sociodemográficas de la población.***

- ***Edad:*** La edad en años se categorizó en 4 grupos: 18-29, 30-44, 45-59 y 60-70.
- ***Zona de residencia:*** Se consideró tres zonas de residencia: Madrid municipio, área metropolitana y municipios de menos de 10.000 habitantes.
- ***País de nacimiento:*** Mujeres nacidas en España o fuera de España, según la información que proporcionaron en la encuesta. En el análisis del país de nacimiento de las extranjeras, se realizó la siguiente agrupación: Europa Occidental, Europa del Este, América, África, Resto de Países (Asia, Oceanía)
- ***Nivel educativo:*** Para esta variable se utilizó la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE) propuesta por la UNESCO y su correspondencia según los diferentes planes de España<sup>109</sup>, posteriormente se agrupó en:
  - Bajo: Educación de primera infancia y educación primaria.
  - Medio-bajo: Educación secundaria baja
  - Medio-alto: Educación secundaria alta y educación postsecundaria no terciaria

- Alto: Educación terciaria de ciclo corto, licenciatura o equivalente, maestría o equivalente, doctorado o equivalente.
- **Actividad principal:** Categorizada como: trabajo remunerado (por cuenta propia y/o por cuenta ajena), desempleo, estudiante, ama de casa, y jubilada/pensionista.

**c. Características de las relaciones de pareja y del hogar**

- **Tipo de relación de pareja:** Marido, compañero (cualquier relación de pareja con convivencia, excluido el enlace matrimonial), novio (cualquier relación de pareja sin convivencia, excluido el enlace matrimonial), ex marido/ex compañero y ex novio. Únicamente se ha estudiado la relación con una pareja, la actual o una ex pareja con la que tuvo contacto en el último año.
- **Convivencia:** Se preguntó si hubo convivencia durante la relación.
- **Hijos:** Se preguntó por los hijos con independencia de que fueran de la pareja actual o de otra pareja.

**d. Características sociodemográficas de la pareja**

Edad, país de nacimiento, nivel de estudios considerando los mismos criterios de las variables socioeconómicas de la mujer. Para situación laboral se consideraron únicamente tres categorías: trabaja, en desempleo y otra situación.

**e. Apoyo social percibido**

Para determinar el apoyo social se utilizó el cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Este cuestionario de 11 ítems tiene una escala de respuesta tipo Likert con 5 opciones: mucho menos de lo que deseo, menos de lo que deseo, ni mucho ni poco, casi como deseo, tanto como deseo. El rango de puntuación va de 11 a 55 y puntuaciones más altas indican un mayor apoyo social percibido<sup>80 81 82</sup> (ver tabla 7). La puntuación total de apoyo social se dividió en cuartiles y se categorizó en bajo apoyo social (< percentil 25), medio (percentil 25 a percentil 75) y alto apoyo social percibido (> percentil 75).

**Tabla 7. Escala de apoyo social funcional Duke-UNC-11**

DUKE	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1. Recibe visitas de sus amigos y familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Recibe ayuda en asuntos relacionados con su casa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Recibe elogios y reconocimiento cuando hace bien su trabajo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Cuenta con personas que se preocupen de lo que le sucede a usted	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Recibe amor y afecto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas en el trabajo y/o en casa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas económicos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Recibe consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante en su vida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Recibe ayuda cuando está enferma en la cama	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### ***3.1.2. Consideraciones éticas***

El protocolo de estudio de la 3ª Encuesta de VPM fue evaluado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de La Princesa (Ver Anexo 1).

Se solicitó autorización a los autores del cuestionario de resiliencia (CD-RISC-10) para utilizarlo en esta investigación.

Se mantuvo el nivel más alto de confidencialidad y se siguió en todo momento la legislación nacional aplicable en materia de protección de datos (Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal).

El equipo investigador contactó con la coordinación del 012 mujer que era el número de referencia que se daba cuando se detectaba algún caso de VPM. Durante el

período de trabajo de campo no se registró un incremento en las llamadas a ese centro de referencia.

### **3.1.3. Análisis estadístico**

Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas de las mujeres encuestadas así como de las características de sus relaciones de pareja y del hogar y alguna de las características de sus parejas/ex parejas.

Se calculó prevalencia de violencia con intervalos de confianza al 95% (IC95%) aplicándose la distribución normal por tratarse de muestras grandes, para estos cálculos no fue necesario realizar ningún ajuste de efecto de diseño ni ponderación. Asimismo se describieron los actos de violencia psicológica y físico y/o sexual entre mujeres que cumplen criterios de caso de VPM.

Para las variables categóricas se calculó frecuencias absolutas y los porcentajes sobre los valores válidos. Para las variables cuantitativas se calculó la media y la desviación estándar (DS) así como la mediana y el rango intercuartílico (RIC).

Las comparación de las variables se realizó mediante el test de ji cuadrado ( $X^2$ ) de Pearson siempre que se diese la condición de que ninguno de los valores esperados fuese menor que 5; si no se cumpliera dicho supuesto se utiliza el test exacto de Fisher que calcula la probabilidad exacta de ocurrencia de un suceso mediante dos distribuciones binomiales<sup>110</sup>.

Las comparaciones de las variables cuantitativas se realizó mediante el análisis de la varianza (ANOVA); puesto que ANOVA es un técnica robusta cuyos resultados se alteran muy poco si se producen transgresiones de los supuestos en los que se basan (normalidad y homocedasticidad) y al trabajar con muestras grandes (>30) sólo se verificó que se cumpla el supuesto de homogeneidad de las varianzas u *homocedasticidad* según test de Bartlett. Cuando no se cumplio este supuesto se recurrió a métodos no paramétricos y se aplicó el test de Kruskal Wallis<sup>110</sup>.

### *Software de análisis de datos*

El análisis se realizó con STATA version 10 (StataCorp., College Station, 2007), para los cálculos de regresión logística se utilizó el módulo “glm” y para los índices de validez el módulo “roctab”.

## **3.2. Resultados**

### ***3.2.1. Características de la población de estudio.***

Se estudiaron las características sociodemográficas de las 2.992 mujeres encuestadas, características del hogar y de las parejas o ex parejas. El porcentaje de no respuesta a las variables estudiadas fue inferior al 5% (ver tabla 8).

Las características sociodemográficas de las mujeres encuestadas se presentan en la tabla 12. El 84,1% de las mujeres encuestadas tenía una edad comprendida entre 30-70 años y el 15,9% tenía edades comprendidas entre 18-29 años.

El 21% de las mujeres habían nacido fuera de España, de ellas el 60,8% procedían del continente americano. Los países de nacimiento más frecuentes fueron: Ecuador (17%), Rumanía (16,7%), Colombia (8,4%), Perú (7,7%), Bolivia (5,9%) y Marruecos (5,8%). La media de tiempo que las extranjeras llevan residiendo en España fue de 13 años (DS:9,7).

El 7,1% de las mujeres encuestadas vivía en municipios de menos de 10.000 habitantes, estas mujeres tenían un menor nivel educativo comparado con las que vivían en Madrid municipio y corona metropolitana (el 17,3% tenía un nivel de estudios alto, 27,6% un nivel medio-alto, un 32,7% nivel medio bajo y un 22,4% un nivel bajo).

El nivel de estudios más frecuente fue el alto (estudios universitarios, de grado medio y superior) 30,4%. Al comparar el nivel educativo según país de nacimiento, se encontró diferencias estadísticamente significativas. Las nacidas fuera de España refirieron haber alcanzado un menor nivel educativo, siendo: 25% alto, 28,9% medio-alto, 28,7% medio-bajo y 17,4% bajo.

En cuanto a la actividad principal de las mujeres el 54,7% tenía un trabajo remunerado, el 19,2% se encontraba en situación de desempleo, 16% eran amas de casa y un 3,7% estudiantes. Se encontró relación entre nivel educativo y porcentaje de desempleo, el cual aumentaba a medida que disminuye el nivel educativo, siendo del 14,7% entre las mujeres con nivel educativo alto, 21,7% entre aquellas con nivel medio-alto, 18,4% entre aquellas con nivel medio-bajo y 25,4% entre aquellas con nivel bajo.

**Tabla 8. Características sociodemográficas de las mujeres encuestadas**

Variable		N (2992)	%
Edad	18-29	477	15,9
	30-44	1.160	38,8
	40-59	897	30,0
	60-70	458	15,3
	N.C.	-	-
Lugar de nacimiento	España	2352	78,6
	Fuera de España	640	21,4
	N.C.	-	-
Zona	Madrid municipio	1.501	50,2
	Madrid corona	1.277	42,7
	Madrid municipios <10.000 hab.	214	7,1
	N.C.	-	-
Nivel de estudios	Alto	909	30,4
	Medio-alto	700	23,4
	Medio-bajo	810	27,1
	Bajo	547	18,3
	N.C.	26	0,9
Actividad principal	Trabajado remunerado	1636	54,7
	Desempleo	574	19,2
	Estudiante	112	3,7
	Ama de casa	478	16,0
	Jubilado/pensionista	192	6,4
	N.C.	-	-

N.C. : No contesta

Las características de la relación de pareja y del hogar de las mujeres encuestadas se presentan en la tabla 9. En cuanto al tipo de relación más frecuentemente explorado, el 91,7% tenían actualmente una relación de pareja. El 82,8% de las mujeres refirió convivencia durante la relación con la pareja ó ex pareja. El 71,1% de las mujeres tenía al menos un hijo y de ellas el 54,2% tenía hijos menores de 18 años.

**Tabla 9. Características de la relación de pareja y del hogar de las mujeres encuestadas**

Variable		N (2992)	%
Tipo de relación	Pareja	2.743	91,7
	Expareja	249	8,3
	N.C.	-	-
Convivencia	Convive	2.479	82,8
	No convive	511	17,1
	N.C.	2	0,1
Hijos	No tiene hijos	864	28,9
	Sí tienen hijos	2.127	71,1
	N.C.	1	0,0

N.C.: No contesta

Las características de las parejas/ex parejas de las mujeres encuestadas se presentan en la tabla 10. La edad media de las parejas/ex parejas de las mujeres fue de 45,9 (DS:13,9) años. Un 17,8% de las parejas/ex parejas de las mujeres habían nacido fuera de España. Entre las mujeres nacidas fuera de España el 68,1% tenía una pareja/ex pareja nacida también fuera de España, mientras que solo el 4,2% de las parejas/ex parejas de las mujeres españolas eran extranjeros.

El 9,4% de las parejas se encontró en situación de desempleo; si consideramos únicamente las parejas de la población económicamente activa (entre 15 y 64 años), el porcentaje de desempleo fue del 10,5%. Entre los que tuvieron trabajo en último año, el 7,7% tuvo un trabajo a tiempo parcial.

**Tabla 10. Características de las parejas/ex parejas de las mujeres encuestadas**

Variable		N (2992)	%
Lugar de nacimiento	España	2.452	82,0
	Fuera de España	533	17,8
	NC	7	0,2
Nivel de estudios	Alto	843	28,2
	Medio-alto	752	25,1
	Medio-bajo	782	26,1
	Bajo	492	16,4
	NC	123	4,1
	Trabaja	2.071	69,2
Actividad principal	Desempleo	280	9,4
	Otro	574	19,2
	NC	67	2,2

N.C.: No contesta

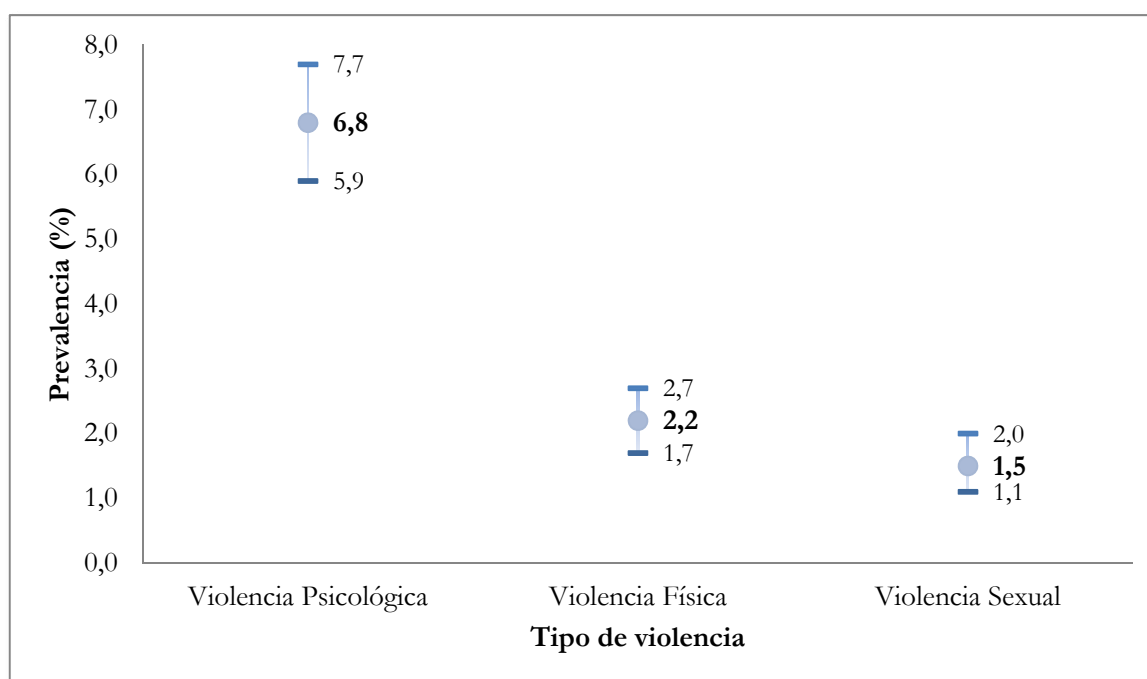


### 3.2.2. Violencia de pareja hacia las mujeres (VPM)

#### Prevalencia de violencia de pareja

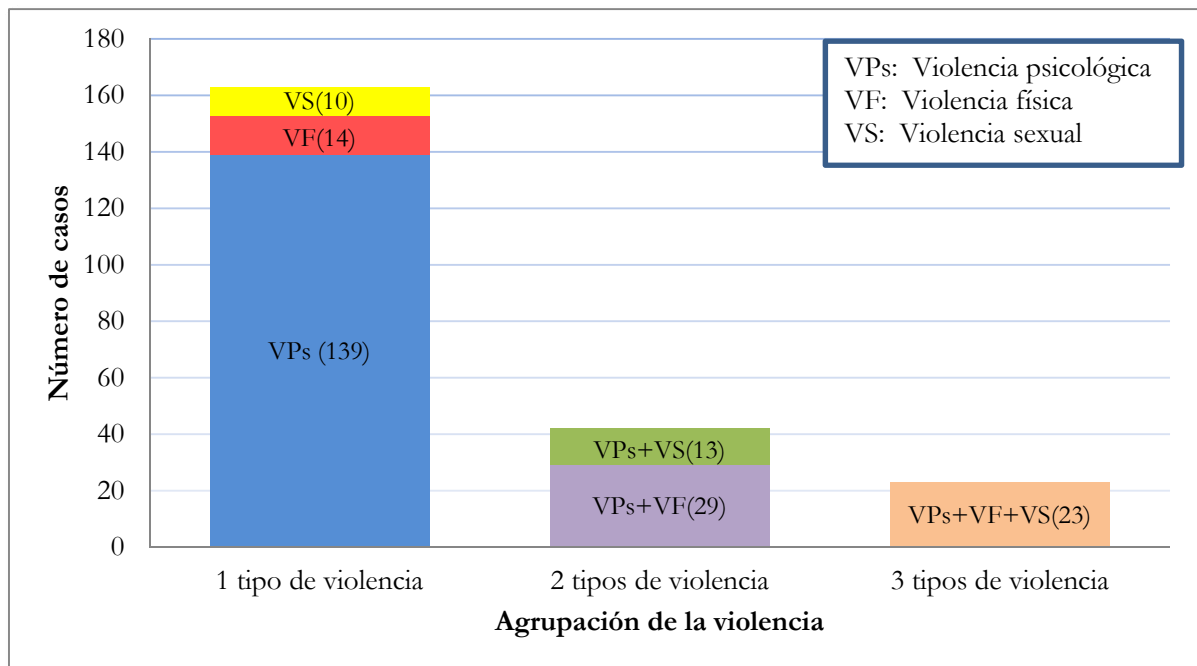
Entre las mujeres de 18 a 70 años residentes en la Comunidad de Madrid, la prevalencia de violencia de pareja hacia las mujeres (VPM) en los doce meses anteriores a la encuesta fue de 7,6% (IC95%:6,7-8,6). En la figura 7 se presenta la prevalencia de los tres tipos de violencia estudiados con sus intervalos de confianza al 95%.

**Figura 7. Prevalencia de los tipos de violencia de pareja hacia las mujeres (VPM)**



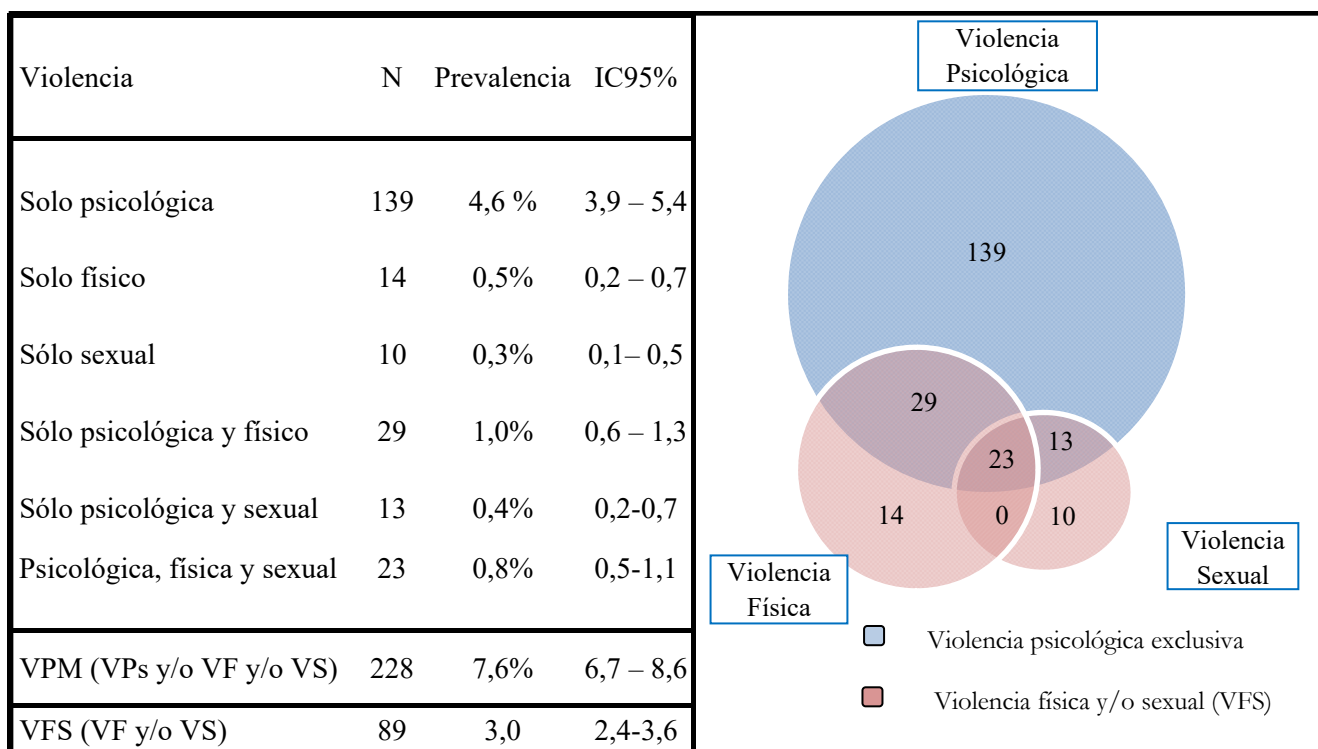
De las 228 mujeres que cumplieron criterios definitorios de caso de VPM, el 71,5% (IC95%:65,6-77,4) presentó un solo tipo de violencia, el 18,4% (IC95%:13,4-23,5) dos tipos de violencia y el 10,1% (IC95%:6,1-14,0) los tres tipos de violencia. En la figura 8 se presenta la distribución de los tipos de violencia y su agrupación. La violencia psicológica exclusiva fue la más frecuente y cuando se presentan dos tipos de violencia, la psicológica está siempre presente.

**Figura 8. Agrupación de los distintos tipos de violencia de pareja hacia las mujeres**



En la figura 9 se aprecia la prevalencia de la violencia psicológica exclusiva, de la físico/sexual exclusiva, de la asociación de ambas así como de la violencia físico sexual (VFS) y la violencia psicológica, física o sexual (VPM). El 2,3% IC95%(1,8-2,9%) de la población encuestada fue clasificada como violencia muy grave.

**Figura 9. Prevalencia de las distintas formas de agrupación de violencia de pareja hacia las mujeres**



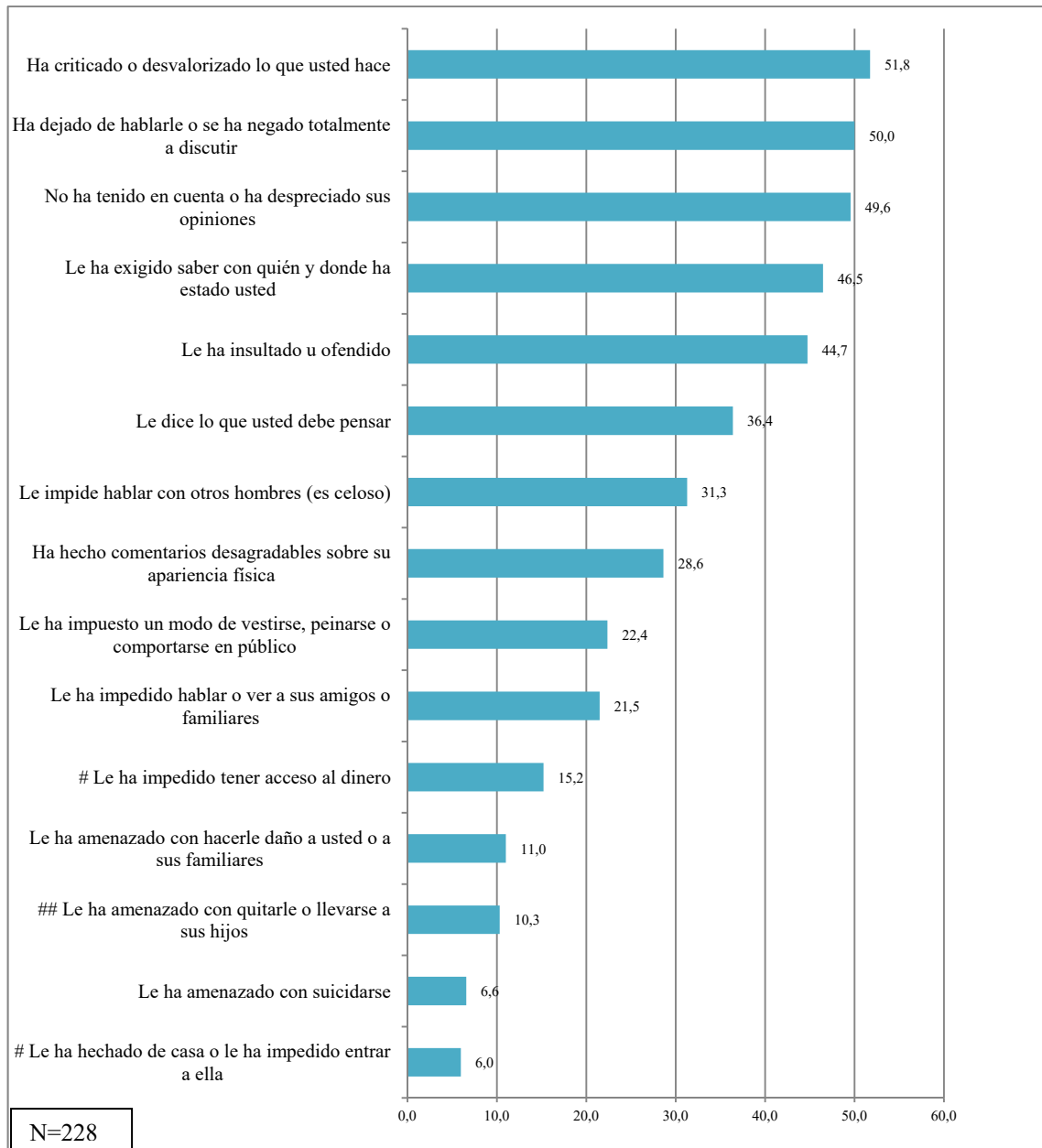
### **Actos de violencia hacia las mujeres**

De todas las mujeres encuestadas el 14,4% (IC95%:13,1-15,6) respondieron de manera positiva a 1, 2 ó 3 preguntas que exploran comportamientos de violencia psicológica, con una frecuencia de algunas veces o 2-3 veces en adelante. Un 7,2% (IC95%:6,3-8,1) de estas mujeres no cumplieron criterios de caso de VPM, entre estas mujeres, la media de actos de violencia psicológica fue de 1,4 (DS:0,6).

El 94,3% de las mujeres que cumplen criterios definitorios de caso de VPM refirieron al menos uno de estos actos de violencia psicológica. En la figura 10 se aprecia la distribución de frecuencia de estos actos de violencia psicológica entre las mujeres que cumplieron los criterios de caso de VPM. Entre ellas, los comportamientos más frecuentemente declarados con una respuesta de “algunas veces”, “muchas veces” o “siempre” en el cuestionario de violencia psicológica corresponden a las preguntas: ¿Ha criticado o desvalorizado lo que usted hace? (51,8%), ¿Le ha exigido saber con quién y donde ha estado? (66,7%), ¿Ha dejado de hablarle o se ha negado totalmente a discutir?

(49,0%), ¿Le impide hablar con otros hombres (es celoso)? (47,1%), ¿No ha tenido en cuenta o ha despreciado sus opiniones? (43,1%), “¿Le ha insultado u ofendido?” (39,2%), ¿Le dice lo que usted debe pensar? (39,2%), y “Le ha impuesto el modo de vestirse, peinarse o comportarse en público? (35,3%).

**Figura 10. Distribución de frecuencias de los actos de violencia psicológica hacia las mujeres que cumplen criterios de caso de VPM**



#Item preguntado solamente a las mujeres que conviven con sus parejas (N=184)

##Item preguntado solamente a las mujeres que tenían hijos(N=155)

En cuanto a los actos de violencia físico y sexual, los actos declarados con mayor frecuencia en el cuestionario de violencia físico-sexual fueron: “Le ha impuesto actos sexuales que usted rechazaba” (17,7%) y “Empujar, agarrar o tirar a la pareja” (17,7%). (Ver figura 11)

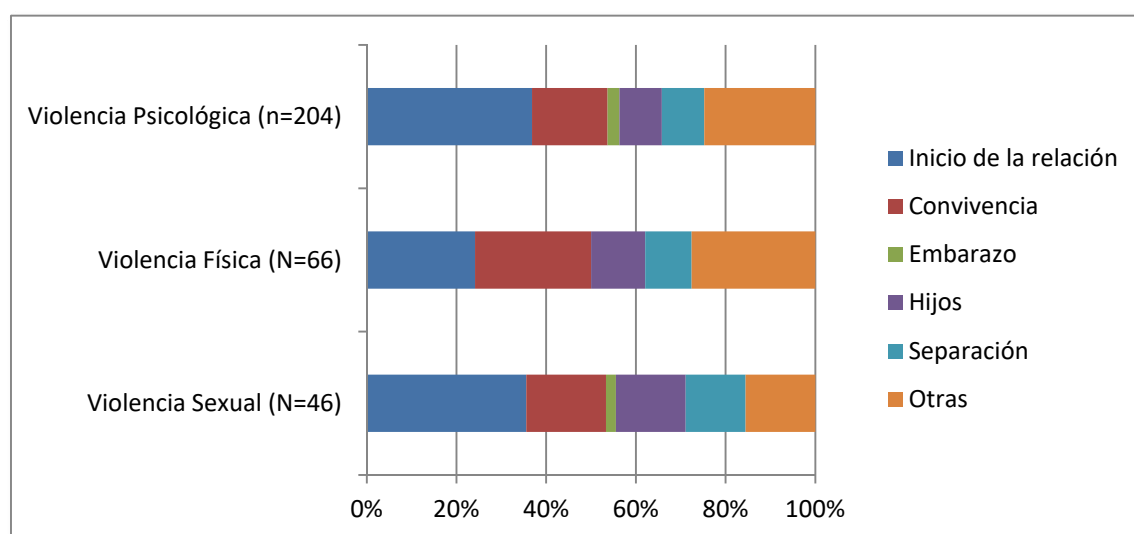
**Figura 11. Distribución de frecuencias de los actos de violencia físico y sexual hacia las mujeres que cumplen criterios de caso de VPM**



### **Inicio y duración de los comportamientos violentos**

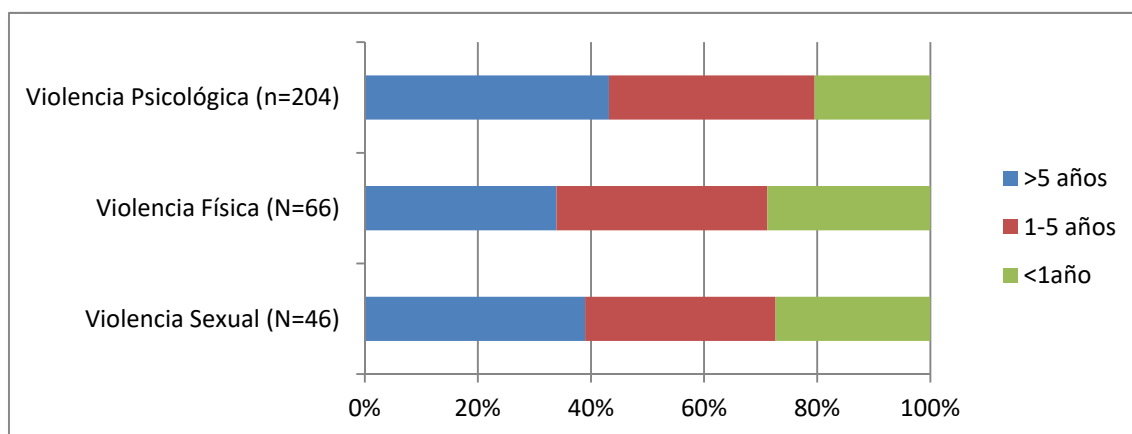
A las mujeres que cumplieron criterios de caso de violencia psicológica, física y sexual, se les preguntó en qué momento de la relación aparecieron las actitudes violentas por parte de su pareja. La mayoría de las mujeres refirieron que los comportamientos ocurrieron al inicio de la relación o al inicio de la convivencia, siendo este porcentaje de 53,7% en los casos de violencia psicológica, 50,0% en violencia física y 53,3% en violencia sexual (ver figura 12).

**Figura 12. Inicio de cada uno de los tipos de violencia**



Asimismo a estas mujeres se les preguntó sobre la duración de esta situación. La mayoría de ellas refirió que estos comportamientos se vienen produciendo desde hace más de un año, siendo este porcentaje del 79,5% para el caso de violencia psicológica, 71,2% para la violencia física y 72,6% para la violencia sexual (ver figura 13).

**Figura 13. Duración de cada uno de los tipos de violencia**



### **3.2.3. Variables asociadas a VPM**

#### **Características sociodemográficas y VPM**

Las características sociodemográficas que se asociaron a VPM de manera independiente fueron la edad: 18-29 años (ORc:2,08; IC95% 1,26-3,41 comparado con el grupo de 60-70 años); haber nacido fuera de España (ORc:3,09; IC95%:2,34-4,08); residir en un municipio de menos de 10.000 habitantes (ORc:1,65; IC95%:1,05-2,59 comparado con residir en Madrid municipio), nivel educativo distinto a alto (ORc:1,75; IC95%:1,18-2,60 para nivel educativo medio alto; ORc:1,76; IC95%:1,20-2,58 para nivel educativo medio bajo y ORc:1,76; IC95%:1,16-2,68 para nivel educativo bajo) (ver tabla 11).

**Tabla 11. Características sociodemográficas de las mujeres y asociación con VPM**

	N (%)	VPM		ORc (IC95%)	p
		n	% (IC95%)		
<b>Edad</b>					
60-70	458 (15,3)	25	5,5 (3,4-7,5)	1	
45-59	897 (30,0)	62	6,9 (5,3-8,6)	1,29 (0,80-2,08)	0,303
30-44	1.160 (38,8)	90	7,8 (6,2-9,3)	1,46 (0,92-2,30)	0,107
18-29	477 (15,9)	51	10,7 (7,9-13,4)	<b>2,08 (1,26-3,41)</b>	<b>0,004</b>
<b>Lugar de nacimiento</b>					
España	2.352 (78,6)	130	5,5 (4,6-6,5)	1	
Fuera de España	640 (21,4)	98	15,3 (12,5-18,1)	<b>3,09(2,34-4,08)</b>	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Zona</b>					
Madrid municipio	1.501 (50,2)	116	7,7 (6,4-9,1)	1	
Madrid corona	1.277 (42,7)	86	6,7 (5,4-8,1)	0,86 (0,65-1,15)	0,315
Madrid municipios <10.000 hab.	214 (7,1)	26	12,1 (7,8-16,5)	<b>1,65 (1,05-2,59)</b>	<b>0,030</b>
<b>Nivel de estudios</b>					
Alto	909 (30,7)	47	5,2 (3,7-6,6)	1	
Medio alto	700 (23,6)	61	8,7 (6,6-10,8)	1,75(1,18-2,60)	0,005
Medio bajo	810 (27,3)	71	8,8 (6,8-10,7)	1,76(1,20-2,58)	0,004
Bajo	547 (18,4)	48	8,8 (6,4-11,1)	<b>1,76(1,16-2,68)</b>	<b>0,008</b>
<b>Actividad Principal</b>					
Trabaja	1.636 (54,7)	118	7,2 (6,0-8,5)	1	
Parada	574 (19,2)	56	9,8 (7,3-12,2)	1,39(1,00-1,94)	0,052
Estudiante	112 (3,7)	11	9,8 (4,2-15,4)	1,40(0,73-2,68)	0,309
Ama de casa	478 (16,0)	30	6,3 (4,1-8,5)	0,86(0,57-1,30)	0,481
Jubilada/pensionista	192 (6,4)	13	6,8 (3,2-10,4)	0,93(0,52-1,69)	0,822

ORc: Odds Ratio cruda

### **Características de las relaciones de pareja y del hogar y VPM**

En la tabla 12 se presentan las características de las relaciones de pareja y del hogar asociadas a VPM. Se encontró asociación con que la relación explorada fuera con una expareja (ORc: 7,89; IC95%: 5,76-10,8 comparada con pareja actual).

**Tabla 12. Características de las relaciones de pareja y del hogar asociadas a VPM**

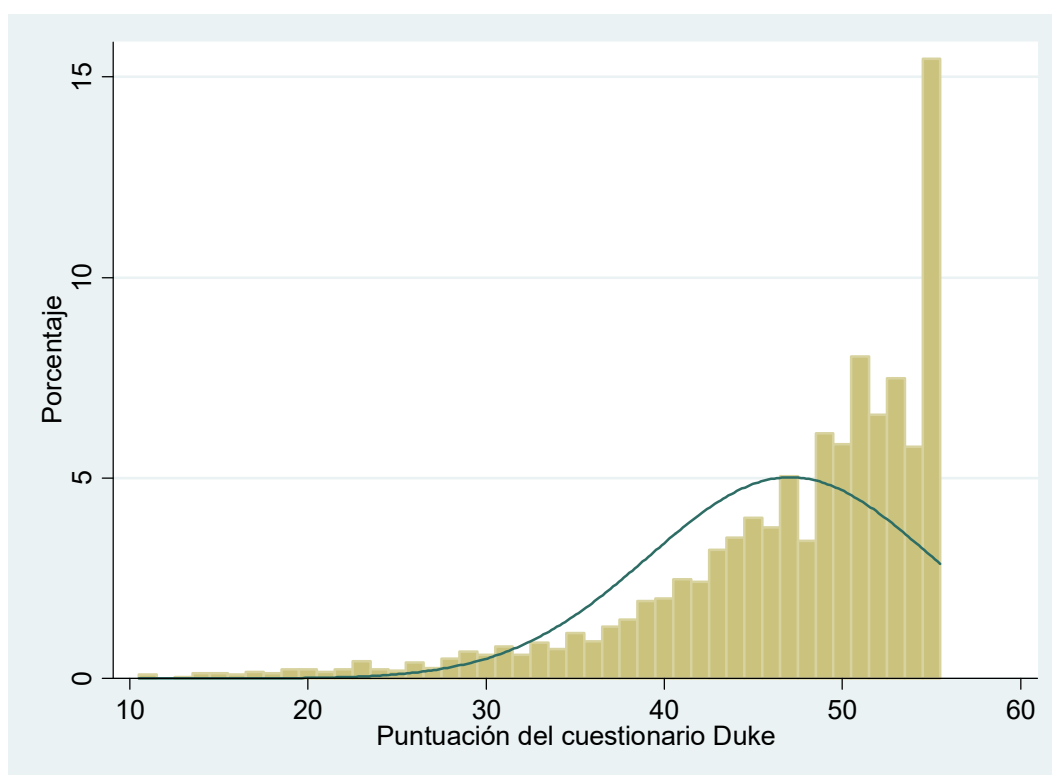
	N (%)	VPM		ORc (IC95%)	p
		n	% (IC95%)		
<b>Tipo de relación</b>					
Pareja	2.743 (91,7)	150	5,5 (4,6-6,3)	1	
Expareja	249 (8,3)	78	31,3 (25,6-37,1)	7,89(5,76-10,80)	<0,0001
<b>Convivencia</b>					
No convive	511 (17,1)	44	8,6 (6,2-11,0)	1	
Convive	2.479 (82,9)	184	7,4 (6,4-8,5)	0,85 (0,60-1,20)	0,357
<b>Hijos en el hogar</b>					
No tienen hijos	864 (28,9)	73	8,4 (6,6-10,3)	1	
Sí tienen hijos	2.127 (71,1)	155	7,3 (6,2-8,4)	0,85 (0,64-1,14))	0,278



### **Apoyo social y VPM**

La distribución de la puntuación del cuestionario Duke-UNC 11 de apoyo social percibido se presenta en la figura 14. La media de la puntuación fue 47,1 (DS:7,9) con una puntuación mínima de 11 y una puntuación máxima 55. La mediana fue 49 y el RIC (44-53). La distribución de la puntuación no seguía una distribución normal, con asimetría negativa o hacia la izquierda (skewness:-1,51) y leptocúrtica (kurtosis: 5,44).

**Figura 14. Distribución de la puntuación del cuestionario Duke-UNC-11 en la población de estudio**



Para determinar los niveles de apoyo social percibido, la puntuación del Duke-UNC 11 se categorizó en cuartiles y consideramos bajo apoyo social percibido cuando la puntuación se encontró por debajo del percentil 25 y alto apoyo social percibido cuando la puntuación fue superior al percentil 75.

En la Tabla 13 se presenta la población de estudio según niveles de apoyo social. Se consideró bajo cuando la puntuación se encontró entre 11-44 y alto cuando la puntuación se encontraba entre 54 y 55.

**Tabla 13. Niveles de apoyo social percibido en la población estudiada**

Apoyo social percibido	Percentil	Puntuación	N (%)	Media (DS)
Baja	<P25	11-44	850 (28,4)	36,9(7,1)
Media	P25 a P75	45-53	1.506 (50,3)	49,6 (2,5)
Alta	>P75	54-55	635 (21,2)	54,7 (0,4)

Se cuantificó la asociación entre VPM y apoyo social percibido y se encontró una ORc: 1,70 (IC95%:1,00-2,87) para el grupo de apoyo social percibido medio y ORc: 6,70 (IC95%:4,05-11,08) para el grupo de apoyo social percibido bajo comparado con el grupo de alto apoyo social percibido (ver tabla 18).

**Tabla 14. Niveles de apoyo social percibido y asociación con VPM**

Niveles de Apoyo social	N (%)	VPM		ORc (IC95%)	p
		n	% (IC95%)		
Alto	635 (21,2)	18	2,8 (1,5-4,1)	1	
Medio	1506 (50,3)	71	4,7 (3,6-5,8)	1,70(1,00-2,87)	0,049
Bajo	850 (28,4)	139	16,4 (13,9-18,8)	6,70 (4,05-11,08)	<0,0001

ORc: Odds Ratio cruda

### 3.3. Discusión

#### 3.3.1. VPM y factores asociados

Un 7,6% de las mujeres encuestadas sufrieron algún tipo de VPM en los últimos 12 meses. De los tres tipos de VPM estudiados, la violencia psicológica fue la más frecuente (6,8%) y estuvo siempre presente cuando se identificó algún otro tipo de violencia como la física o la sexual. Las prevalencias encontradas en nuestro estudio son algo inferiores a las descritas en otras encuestas realizadas a nivel nacional (9,5% violencia psicológica de control)<sup>47</sup> y europeo (17% para violencia psicológica en España)<sup>46</sup>; sin embargo es importante considerar que en nuestro estudio utilizamos un instrumento que ha sido validado para la identificación de VPM; mientras que en las otras encuestas la definición de caso se realiza a partir de una respuesta positiva a alguna de las preguntas que exploran los distintos tipos de violencia.

Según grupos de edad, llama la atención la mayor prevalencia VPM en el grupo de 18-29 años (10,7%). Estos hallazgos coinciden con los resultados de las encuestas realizadas a nivel nacional, en la que se encuentra una prevalencia de violencia psicológica de control del 25% en mujeres de 16-19 años, del 19,2% en el grupo de 20-24 años y del 14,2% entre aquellas con 25-29 años<sup>47</sup>. Asimismo, en las conclusiones de la Encuesta Europea de Violencia contra las Mujeres indican que las mujeres jóvenes constituyen un grupo especialmente vulnerable a la victimización, por lo que es necesario realizar una prevención y una sensibilización específicas. Al cuantificar la asociación entre edad y VPM, encontramos que las mujeres de 18-29 años tenían cerca de 2 veces más riesgo de VPM en comparación con las mujeres de 60-70 años.

De los comportamientos de violencia psicológica hacia las mujeres, los más frecuentes fueron: las críticas o las desvalorizaciones, el silencio, desprecio, control y los insultos. Y en el análisis realizado según grupos de edad, se encontró que entre las mujeres de menor edad, fueron más frecuentes las conductas de control y aquellas relacionadas con los celos. Estos resultados coinciden con los de la Macroencuesta de 2015 que indica que la violencia psicológica de control es más frecuente que la violencia psicológica emocional (9,5% vs. 8,2%)<sup>47</sup>.

Entre las variables que se asociaron a VPM destacamos el tipo de relación explorada (pareja ó ex pareja). La prevalencia de VPM de una ex pareja fue de 31,3% y la prevalencia de VPM de una pareja actual fue de 5,5%, al cuantificar esta asociación se encontró que las mujeres en las que se exploró una relación con una ex pareja tenían un OR de VPM cercano a 8 comparado con las mujeres en las que la relación explorada fue con una pareja actual. En las mujeres en la que se exploró una relación con una ex pareja no sabemos si la VPM se produjo antes o después de finalizada la relación; sin embargo, es posible que un porcentaje importante de estas mujeres finalizaran la relación por ese motivo. Esto debido a que cuando se preguntó a todas las mujeres que cumplieron criterios de caso de VPM, por el inicio de los comportamientos violentos, se encontró que con independencia del tipo de violencia, estos comportamientos se producen desde el inicio de las relaciones o de la convivencia y suelen ser un problema de larga evolución, ya que las mujeres que refirieron estos comportamientos manifestaron que en más del 70% de los casos, estos actos ocurrieron desde hace más de un año.

Asimismo es necesario resaltar la asociación entre VPM y otras características sociodemográficas como: país nacimiento, las mujeres nacidas fuera de España tenían cerca de 3 veces más riesgo de VPM en comparación con las mujeres nacidas en España; nivel educativo, las mujeres con un nivel educativo bajo tenían un 80% más de riesgo de VPM comparado con tener un nivel educativo alto; vivir en municipios de <10.000 habitantes se asoció con un riesgo de 70% más de VPM comparado con las mujeres que viven en el municipio de Madrid, encontrarse en desempleo se asoció con un 39% más riesgo de VPM comparado con el grupo de mujeres con trabajo remunerado y apoyo social percibido, las mujeres con un nivel medio de apoyo social percibido tenían un 70% más de riesgo de VPM y las mujeres con un nivel bajo de apoyo social percibido tenían cerca de 7 veces más riesgo de VPM comparado con las mujeres que perciben tener un alto apoyo social. Estas asociación con VPM se ha descrito en distintas investigaciones realizadas en España<sup>111,112,113</sup>.

### ***3.3.2. Limitaciones***

#### **Limitaciones debidas al muestreo**

El marco muestral de la encuesta fue la base de datos de tarjeta sanitaria y aunque cubre un gran porcentaje de la población, es posible que algunas mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad no hayan tenido la posibilidad de participar en la encuesta.

En el diseño de la encuesta se realizó una estratificación que aseguró la proporcionalidad de tres estratos: grupos de edad, país de nacimiento (España y fuera de España) y región geográfica (Madrid, corona metropolitana y municipios de menos de 10.000 habitantes), por lo que solo se asegura la proporcionalidad en relación a estas variables, dejando fuera otras que podría ser de especial relevancia como el nivel socioeconómico.

La tasa de respuesta a la encuesta fue aceptable, sin embargo se pudo haber dejado fuera a algunas mujeres que tienen menor probabilidad de ser localizadas en casa o en el teléfono móvil como aquellas con trabajos remunerados altamente exigentes que no tienen tiempo para contestar una encuesta. Asimismo cabe la posibilidad de haber dejado fuera casos muy graves de violencia.

### **Limitaciones debidas al diseño**

Se trata de una encuesta telefónica que tiene sus limitaciones, además se puede incurrir en el sesgo de aceptabilidad social. Es importante recordar también que la definición de violencia se basa en preguntas autorreferidas.

Al tratarse de un estudio transversal no podemos inferir causalidad.

Sería interesante realizar un análisis multinivel con la finalidad de incluir variables relacionadas a zonas básicas como el índice de privación socioeconómica y analizar así el efecto de los barrios en la VPM.

**RESILIENCIA Y VIOLENCIA DE PAREJA HACIA  
LAS MUJERES**

## **4. Resiliencia y violencia de pareja hacia las mujeres**

Entre las prioridades de investigación relacionadas con resiliencia según el estudio de consenso realizado por Wathen se identificaron: 1. Examinar los elementos que sustentan los programas exitosos o prometedores en resiliencia y descubrir las similitudes, creencias y valores inherentes en estos programas, para que puedan construir bloques para planificar intervenciones piloto. 2. Determinar los requisitos críticos para intervenciones en resiliencia basadas en intervenciones a nivel individual, familiar, comunitario y político. 3. Desarrollar y evaluar intervenciones para promover la resiliencia en aquellos expuestos a varias formas de violencia y 4. Determinar la epidemiología de resiliencia para aquellos expuestos a maltrato infantil y/o violencia de pareja hacia las mujeres. Asimismo dentro de las prioridades transversales se incluyen el integrar preguntas de violencia en encuestas nacionales e internacionales, así como en datos administrativos.<sup>114</sup>.

En el desarrollo de resiliencia en niños, se han identificado algunos elementos que aumentan la vulnerabilidad a desordenes psiquiátricos en la edad adulta como el abuso físico y sexual a edades tempranas; también se han identificado una serie de factores potencialmente protectores como tener una estrecha relación con el adulto que lo cuida, competencia social, simpatía, emotividad positiva y capacidad de autorregulación. Los estudios han demostrado que la proximidad al cuidador es un importante modulador del sentido de seguridad de un niño cuando éste se enfrenta a un trauma<sup>56</sup>.

En este sentido es necesario tener en cuenta también las repercusiones que puede tener la VPM en la salud mental de los hijos. En el estudio realizado en la Comunidad de Madrid, en el que se analizó la asociación entre VPM y la salud mental de las hijas e hijos, se encontró que la exposición a la violencia se asoció a puntuaciones altas en el cuestionario Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), lo cual es un indicativo de alto riesgo de problemas mentales. Al analizar las puntuaciones que se encontraban por encima de un punto de corte que indica riesgo de problemas mentales, se encontró un ratio de prevalencia de 3,6% (IC95% 1,2-10,3) en niñas y 2,4% (IC95%: 1,1-5,1) en niños al comparar las puntuaciones de hijas/os expuestos a VPM frente a un grupo control apareado por edad y sexo no expuesto a violencia. Además en niñas la exposición a VPM se asoció significativamente con problemas de hiperactividad y falta de atención (ver artículos).

Por todo esto y tal como concluye Moeller-Saxone y col., aunque existe una gran necesidad de intervenciones de salud pública relacionadas con resiliencia, son pocos los estudios que utilizan medidas específicas de ésta, y es necesario utilizar instrumentos validados de resiliencia entre las que se encuentra el CD RISC tanto en la investigación como en la evaluación de intervenciones<sup>115</sup>

## **4.1. Métodos**

### **4.1.1. Población de estudio**

La población de estudio fueron las 2.992 mujeres que finalizaron la encuesta de VPM realizada el 2014. Se realizó imputación de valores perdidos en 44 cuestionarios incompletos de CD-RISC-10 siguiendo las recomendaciones de los autores del cuestionario. La imputación de los valores perdidos se realizó cuando existió al menos un 70% de respuestas válidas a los 10 ítems de cuestionario y se asignó la puntuación media de los ítems con respuestas válidas.

### **4.1.2. Medición de resiliencia**

Para el estudio de resiliencia se utilizó la versión abreviada unidimensional del *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) de 10 ítems, las preguntas fueron referidas al último mes y evalúan las percepciones de los individuos sobre sus habilidades para adaptarse al cambio, lidiar con eventos inesperados, hacer frente a dificultades, manejar sentimientos desagradables y mantener la positividad ante el estrés. Las opciones de respuestas se encuentran en una escala Likert de 5 categorías de menor a mayor frecuencia, siendo 0 (no cierto del todo) a 4 (cierto casi todo el tiempo). El rango de puntuación de este cuestionario va de 0 a 44 puntos; puntuaciones más altas indican una mayor resiliencia (ver tabla 15).



**Tabla 15. Aspectos que aborda el cuestionario CD-RISC 10**

CD-RISC
1. Habilidad de adaptarse a cambios
2. Lidear con las cosas que vengan
3. Intentar ver el lado divertido de los problemas
4. Enfrentarme al estrés puede fortalecerme
5. Tender a recuperarse tras enfermedades y desavenencias
6. Poder alcanzar los objetivos a pesar de los obstáculos
7. Poder estar centrado bajo presión
8. No desanimarse fácilmente ante el fracaso
9. Creer que es una persona fuerte
10. Capacidad de manejar sentimientos desagradables

Nota: por cuestiones de confidencialidad no podemos reproducir íntegramente las preguntas del cuestionario.

Se determinaron tres niveles de resiliencia: baja (<percentil 25), media (percentil 25 a percentil 75) y alta (>percentil 75)

#### ***4.1.3. Variables de ajuste***

Para analizar la asociación entre resiliencia y VPM se consideraron como variables de ajuste las características sociodemográficas de las mujeres y el, las características de la relación de pareja y el apoyo social funcional.

#### ***4.1.4. Análisis estadístico***

Se realizó un análisis descriptivo de la población de estudio según tres niveles de resiliencia (baja, media, alta). La asociación entre VPM y resiliencia se cuantificó mediante Odds Ratio (OR), la cual se define como el exceso o defecto de ventaja (“odds”) que tienen los individuos expuestos de presentar la enfermedad o condición frente a no padecerla respecto a la ventaja de los individuos no expuestos de presentar la condición frente a no presentarla<sup>116</sup>. Estos cálculos se realizaron mediante regresión logística binaria no condicional.

La ecuación resultante final de la regresión logística define la probabilidad que tiene cada sujeto de ser considerado caso según presente o no las variables incluidas en el modelo, mediante los coeficientes obtenidos para cada variable explicativa ( $\beta_1$ ,  $\beta_2$ ,  $\beta_3$ ...).

Por otra parte, la contribución de cada variable de forma independiente, es decir controlado el efecto del resto de variables explicativas, se valoraron con el exponente de  $\beta$  ( $e^\beta$ ). Este exponente se interpretó como un OR. Así, el OR de cada variable de la regresión logística se calculó elevando el número e al coeficiente de regresión logística de la variable ( $e^{\beta_1}, e^{\beta_2}, e^{\beta_3} \dots$ ).

En nuestra investigación los OR se interpretaron como una aproximación a la razón de prevalencia (RP), interpretación válida debido a que la prevalencia de la condición de interés estudiada es  $<20$  y en estas condiciones se ha visto que los valores de OR se aproximan a RP sin sobreestimar esta asociación<sup>116</sup>.

Para el estudio de violencia y resiliencia se realizó análisis univariado y se calcularon OR crudos (ORc), posteriormente se construyó un modelo explicativo de VPM que incluyó la resiliencia como una variable independiente mediante análisis multivariado. Para la construcción del modelo se partió de un modelo saturado que incluyó las variables consideradas relevantes y a aquellas que en el análisis univariado resultaron asociadas de forma estadísticamente significativas con VPM.

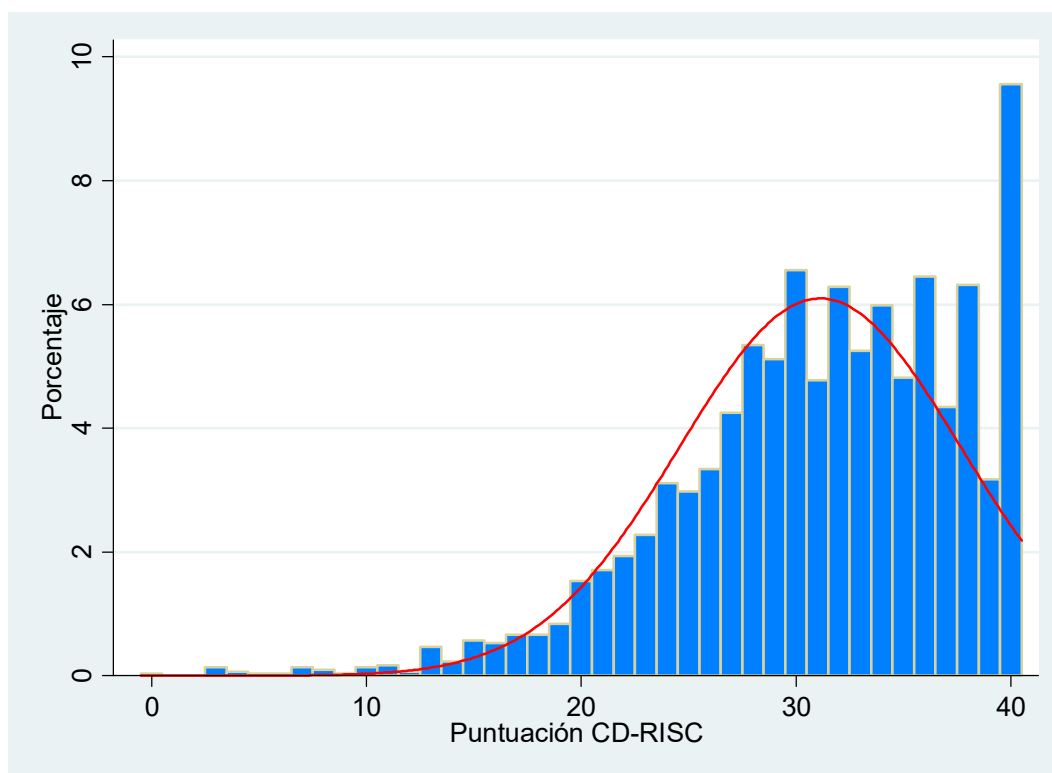
Partiendo de este modelo saturado se analizaron las interacciones de primer orden de VPM y resiliencia, y se estratificaron los resultados cuando se encontró interacciones estadísticamente significativas.

## **4.2. Resultados**

### **4.2.1. Niveles de resiliencia.**

La distribución de la puntuación de resiliencia se presenta en la figura 15. La media de la puntuación fue 31,1 (DS:6,5) con una puntuación mínima de 0 y una puntuación máxima 40. La mediana fue 32 y el RIC (27-36). La distribución de la puntuación no presentó una distribución normal, con asimetría negativa o hacia la izquierda (skewness:-0,82) y leptocúrtica (kurtosis: 3,84).

**Figura 15. Distribución de la puntuación del cuestionario CD-RISC-10 en la población de estudio**



Para determinar los niveles de resiliencia, la puntuación del CD-RISC 10 se categorizó en cuartiles. Al igual que otros investigadores, consideramos resiliencia baja cuando la puntuación se encontró por debajo del percentil 25 y alta resiliencia cuando la puntuación estuvo por encima del percentil 75.

En la Tabla 16 se presenta la población de estudio según niveles de resiliencia. Se consideró baja resiliencia cuando la puntuación se encontró entre 0-27 y alta resiliencia cuando la puntuación se encontraba entre 37 y 40.

**Tabla 16. Niveles de resiliencia en la población estudiada**

Niveles de resiliencia	Percentil	Puntuación	N (%)	Media (DS)
<b>Baja</b>	<P25	0-27	779 (26,0)	22,5 (4,6)
<b>Media</b>	P25 a P75	28-36	1513 (50,6)	32 (2,6)
<b>Alta</b>	>P75	37-40	700 (23,4)	38,8 (1,2)

#### 4.2.2. Características de la población de estudio según niveles de resiliencia.

Las características sociodemográficas de las mujeres según niveles de resiliencia se presentan en la tabla 17. Se encontraron diferencias entre los niveles de resiliencia y los grupos de edad, en el grupo de baja resiliencia se encontró un mayor porcentaje de mujeres de 18-29 años (17,8%) mientras que este porcentaje fue de 13,3% en el grupo de alta resiliencia. En cuanto al país de nacimiento, entre el grupo de alta resiliencia se encuentra el mayor porcentaje de mujeres nacidas fuera de España (29,4%) comparado con el de baja resiliencia (21,4%). Al analizar el nivel de estudios encontramos que en el grupo de alta resiliencia se encontró un alto porcentaje de mujeres con nivel educativo bajo (24,1%). En cuanto a la actividad principal, en el grupo de baja resiliencia se encontraron los porcentajes más altos de mujeres en desempleo (22,2%) y estudiantes (5,1%), comparados con el grupo de alta resiliencia donde estos porcentajes fueron 20,0% y 3,0% respectivamente.

**Tabla 17. Características sociodemográficas de las mujeres encuestadas según niveles de resiliencia**

	<b>TOTAL</b> <b>N=2992</b> N (%)	<b>Niveles de resiliencia</b>			p
		bajo N=779 N (%)	medio N=1.513 N (%)	alto N=700 N (%)	
<b>Edad</b>					
18-29	477 (15,9)	139(17,8)	245 (16,2)	93 (13,3)	<b>0,007</b>
30-44	1.160 (38,8)	289 (37,1)	604 (39,9)	267 (38,2)	
45-59	897 (30,0)	255 (32,7)	429 (28,4)	213 (30,4)	
60-70	458 (15,3)	96 (12,3)	235 (15,5)	127 (18,1)	
<b>Lugar de nacimiento</b>					
España	2.352 (78,6)	659 (84,6)	1.199 (79,25)	494 (70,6)	<b>&lt;0,0001</b>
Fuera de España	640 (21,4)	120 (15,4)	314 (20,75)	206 (29,4)	
<b>Zona</b>					
Madrid municipio	1.501 (50,2)	390(50,0)	776 (51,3)	335 (47,9)	0,138
Madrid corona	1.277 (42,7)	330 (42,4)	622 (41,1)	325 (46,4)	
Madrid municipios <10.000 hab.	214 (7,1)	59 (7,6)	115 (7,6)	40 (5,7)	
<b>Nivel de estudios</b>					
Alto	909 (30,7)	247 (31,9)	470 (31,4)	192 (27,6)	<b>&lt;0,0001</b>
Medio alto	700 (23,6)	181 (23,4)	349 (23,3)	170 (24,4)	
Medio bajo	810 (27,3)	204 (26,3)	440 (29,4)	166 (23,9)	
Bajo	547 (18,4)	142 (18,4)	237 (15,8)	168 (24,1)	
<b>Actividad principal</b>					
Trabaja	1.636 (54,7)	401 (51,5)	856 (56,6)	379 (54,1)	<b>0,020</b>
Parada	574 (19,2)	173 (22,2)	259 (17,1)	142 (20,3)	
Estudiante	112 (3,7)	40 (5,1)	51(3,4)	21 (3,0)	
Ama de casa	478 (16,0)	124 (15,9)	246 (16,3)	108 (15,4)	
Jubilada/pensionista	192 (6,4)	41 (5,3)	101 (6,7)	50 (7,1)	

Las características de las relaciones de pareja y del hogar según resiliencia se presentan en la tabla 18. La convivencia durante la relación fue más frecuente en el grupo de alta resiliencia (86,0%), comparado con el grupo de baja resiliencia (78,9%).

**Tabla 18. Características de las relaciones de pareja y del hogar según niveles de resiliencia**

	<b>TOTAL</b> <b>N=2992</b> N (%)	<b>Niveles de resiliencia</b>			<b>p</b>
		bajo N=779 N (%)	medio N=1.513 N (%)	alto N=700 N (%)	
<b>Tipo de relación</b>					
Pareja	2743 (91,7)	715 (91,8)	1387 (91,7)	641 (91,6)	0,989
Expareja	249 (8,3)	64 (8,2)	126 (8,3)	59 (8,4)	
<b>Convivencia</b>					
Convive	2479 (82,9)	615 (78,9)	1263 (83,5)	601 (86,0)	<0,0001
No convive	511 (17,1)	164 (21,1)	249 (16,5)	98 (14,0)	
<b>Hijos en el hogar</b>					
No tienen hijos	864 (28,9)	238 (30,55)	449 (29,7)	177 (25,3)	0,051
Sí tienen hijos	2127 (71,1)	541 (69,45)	1063 (70,3)	523 (74,7)	

Las características de parejas/ex parejas según niveles de resiliencia de las mujeres encuestadas se presentan en la tabla 19. Solo se encontraron diferencias al analizar el país de nacimiento de la pareja, similar a lo descrito al analizar las características sociodemográficas de las mujeres, entre el grupo de alta resiliencia se encontró el mayor porcentaje de parejas/ex parejas nacidas fuera de España (23,75%) comparado con el de baja resiliencia (13,5%).

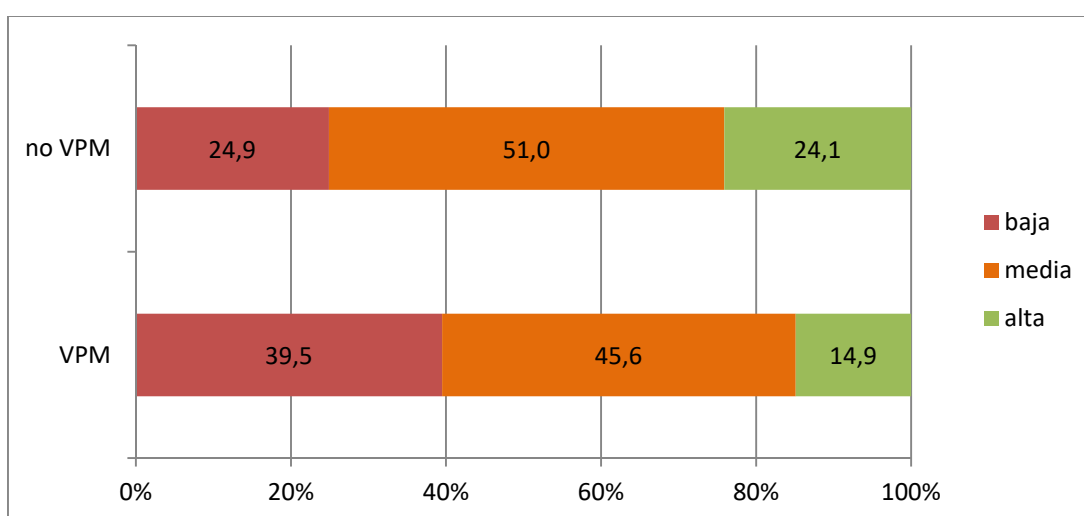
**Tabla 19. Características sociodemográficas de parejas/ex parejas según niveles de resiliencia**

	TOTAL N=2992 N (%)	Niveles de resiliencia			p
		bajo N=779 N (%)	medio N=1.513 N (%)	alto N=700 N (%)	
<b>País de nacimiento</b>					
España	2.452 (82,1)	671 (86,5)	1.248 (82,7)	533 (76,25)	<0,0001
Fuera de España	533 (17,9)	105 (13,5)	262 (13,3)	166 (23,75)	
<b>Nivel de estudios</b>					
Alto	843 (29,4)	222 (29,7)	438 (30,3)	183 (27,1)	0,684
Medio alto	752 (26,2)	192 (25,7)	376 (26,0)	184 (27,2)	
Medio bajo	782 (27,3)	206 (27,5)	395 (27,3)	181 (26,8)	
Bajo	492 (17,1)	128 (17,1)	236 (16,3)	128 (18,9)	
<b>Actividad principal</b>					
Trabaja	2.071 (70,8)	544 (71,1)	1.052 (71,4)	475 (69,2)	0,507
Desempleo	280 (9,6)	64 (8,4)	147 (10,0)	69 (10,1)	
Otro	574 (19,6)	157 (20,5)	275 (18,6)	142 (20,7)	

#### 4.2.3. Violencia de pareja hacia las mujeres (VPM) y resiliencia

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre resiliencia y VPM ( $p<0,001$ ). Entre las mujeres que cumplieron criterios de caso de VPM se encontró un 39,5% de mujeres con baja resiliencia, siendo este porcentaje de 24,9% entre aquellas que no cumplieron criterios de caso de VPM (ver figura 16.)

**Figura 16. Niveles de resiliencia según VPM**



Se cuantificó la asociación entre VPM y niveles de resiliencia y se encontró una OR cruda (ORc):1,45 (IC95%:0,97-2,15) para el grupo de resiliencia media y ORc: 2,56 (IC95%:1,70-3,85) para el grupo de resiliencia baja al compararlo con el grupo de alta resiliencia (ver tabla 20).

**Tabla 20. Niveles de resiliencia y asociación con VPM**

Niveles de resiliencia	N (%)	VPM		ORc (IC95%)	p
		n	% (IC95%)		
Alto	700 (23,4)	34	4,9(3,3-6,5)	1	
Medio	1513 (50,6)	104	6,9 (5,6-8,1)	1,45(0,97-2,15)	0,069
Bajo	779 (26,0)	90	11,5 (9,3-13,8)	2,56 (1,70-3,85)	<0,0001

ORc: Odds Ratio cruda

#### ***4.2.4. Asociación entre VPM y resiliencia considerando variables de interacción y confusión***

##### **Análisis de interacciones**

Partimos de un modelo saturado en el que se incluyó VPM como variable dependiente y como variable independiente los niveles de resiliencia y las variables sociodemográficas, las características de la relación de pareja y del hogar y los niveles de apoyo social percibido. A partir de este modelo saturado se analizaron las interacciones de primer orden entre niveles de resiliencia y edad, país de nacimiento, nivel educativo, tipo de relación (pareja, ex pareja) y apoyo social. Estas interacciones se valoraron considerando las variables como categóricas y como cuantitativas discretas, en todos los casos los resultados fueron equivalentes por lo que a modo resumen presentamos los resultados de las interacciones cuando las variables se analizan como cuantitativas. (Ver tabla 21).

**Tabla 21. Resultados del análisis de interacciones de distintas variables con resiliencia en el modelo saturado**

<b>Interacción analizada</b>	<b>Variabales</b>	<b>Coef.</b>	<b>Std. Err.</b>	<b>Z</b>	<b>P&gt; z </b>
<b>Resiliencia y edad</b>	Resiliencia	0,3728	0,3449	1,08	0,280
	Edad	0,2204	0,2855	0,77	0,440
	Resilienciax edad	0,0212	0,1227	0,17	0,863
<b>Resiliencia y país de nacimiento</b>	Resiliencia	0,3571	0,1494	2,39	<b>0,017</b>
	País de nacimiento	0,6141	0,5236	1,17	0,241
	Resilienciax País de nacimiento	0,1825	0,2296	0,79	0,427
<b>Resiliencia y nivel de estudios</b>	Resiliencia	0,3868	0,2837	1,36	0,173
	nivel de estudios	0,1492	0,2388	0,62	0,532
	Resilienciax nivel de estudios	0,0172	0,1034	0,17	0,867
<b>Resiliencia y tipo de relación</b>	Resiliencia	0,5658	0,1346	4,20	<b>&lt;0,001</b>
	Tipo de relación	3,4226	0,5683	6,02	<b>&lt;0,001</b>
	Resilienciax tipo de relación	-0,5561	0,2531	-2,20	<b>0,028</b>
<b>Resiliencia y apoyo social</b>	Resiliencia	0,3020	0,4499	0,67	0,502
	apoyo social	0,8066	0,3987	2,02	<b>0,043</b>
	Resilienciax apoyo social	0,0571	0,1782	0,32	0,748

Coef.: coeficiente; Std:error estándar de la estimación

Se encontró interacción entre resiliencia y el tipo de relación explorada por lo que se realizó un análisis estratificado según la relación explorada haya sido una pareja actual o con una expareja (ver tabla 22).

Entre las mujeres con ex pareja se encontró un mayor porcentaje de mujeres de 18-29 años (32,9% frente a 14,4% en el grupo de mujeres con pareja actual), un mayor porcentaje de nacidas fuera de España (28,1% frente a 20,8% entre mujeres con pareja actual), de residentes en Madrid municipio (61,0% frente a 49,2%), un menor porcentaje de mujeres con nivel educativo bajo (9,7 frente a 19,2%), un mayor porcentaje de estudiantes (10,4% frente a 3,1% en mujeres con pareja actual) así como un menor porcentaje de amas de casa (2,8% frente a 17,2%), en un menor porcentaje hubo convivencia durante la relación (46,2% frente a 86,2%), también un menor porcentaje de hijos (41,4% frente a 73,8%) y un mayor porcentaje de mujeres con bajo apoyo social percibido (38,1% frente a 27,5% en mujeres con pareja actual). No se encontraron diferencias significativas al analizar los niveles de resiliencia según el tipo de relación explorada.



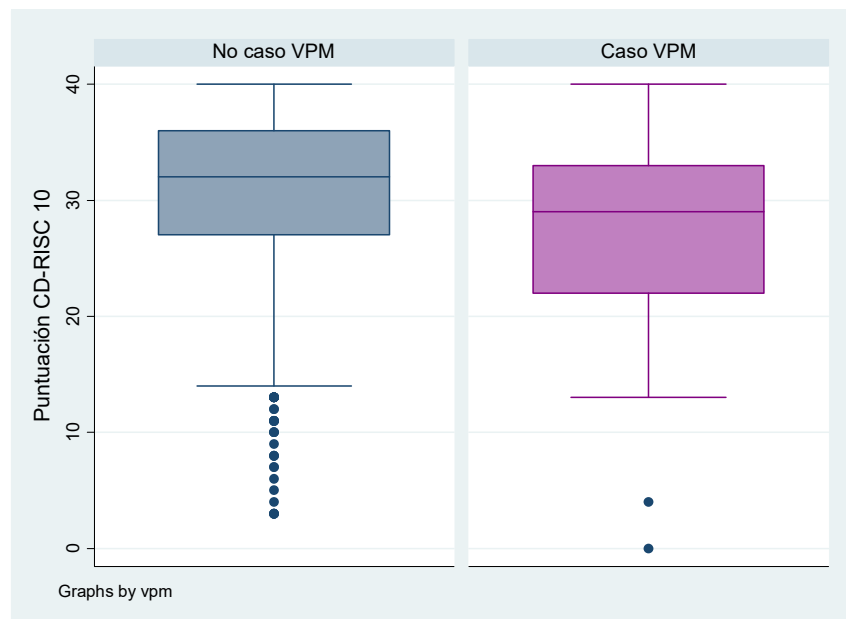
**Tabla 22. Variables de estudio según tipo de relación explorada**

<b>Variables</b>	<b>Total N=2992 N (%)</b>	<b>Pareja N=2743 N (%)</b>	<b>Expareja N=249 N (%)</b>	<b>p</b>
<b>Niveles de resiliencia</b>				
Alta	700 (23,4)	641 (23,4)	59 (23,7)	0,989
Media	1513 (50,6)	1387 (50,6)	126 (50,6)	
Bajo	779 (26,0)	715 (26,1)	64 (25,7)	
<b>Edad</b>				
60-70	458 (15,3)	439 (16,0)	19 (7,6)	<0,0001
45-59	897 (30,0)	844 (30,8)	53 (21,3)	
30-44	1160 (38,8)	1065 (38,9)	95 (38,2)	
18-29	477 (15,9)	395 (14,4)	82 (32,9)	
<b>Lugar de nacimiento</b>				
España	2352 (78,6)	2173 (79,2)	179 (71,9)	0,007
Fuera de España	640 (21,4)	570 (20,8)	70 (28,1)	
<b>Zona</b>				
Madrid municipio	1501 (50,2)	1349 (49,2)	152 (61,0)	0,002
Madrid corona	1277 (42,7)	1193 (43,4)	84 (33,7)	
Madrid municipios <10.000 hab.	214 (7,1)	201 (7,3)	13 (5,2)	
<b>Nivel de estudios</b>				
Alto	909 (30,7)	832 (30,6)	77 (31,05)	<0,0001
Medio alto	700 (23,6)	617 (22,7)	83 (33,5)	
Medio bajo	810 (27,3)	746 (27,4)	64 (25,8)	
Bajo	547 (18,4)	523 (19,2)	24 (9,7)	
<b>Actividad principal</b>				
Trabaja	1636 (54,7)	1493 (54,4)	143 (57,4)	<0,0001
Parada	574 (19,2)	515 (18,8)	59 (23,7)	
Estudiante	112 (3,7)	86 (3,1)	26 (10,4)	
Ama de casa	478 (16,0)	471 (17,2)	7 (2,8)	
Jubilada/pensionista	192 (6,4)	178 (6,5)	14 (5,6)	
<b>Convivencia durante relación</b>				
No convive	511 (17,1)	377 (13,8)	134 (53,8)	<0,0001
Convive	2479 (82,9)	2364 (86,2)	115 (46,2)	
<b>Hijos en el hogar</b>				
No tienen hijos	864 (28,9)	718 (26,2)	146 (58,6)	<0,0001
Sí tienen hijos	2127 (71,1)	2024 (73,8)	103 (41,4)	
<b>Apoyo social percibido</b>				
Alto	635 (21,2)	592 (21,6)	43 (17,3)	0,002
Medio alto	1506 (50,3)	1395 (50,9)	111 (44,6)	
Bajo	850 (28,4)	755 (27,5)	95 (38,1)	

#### 4.2.5. *VPM y resiliencia en mujeres con pareja actual*

En las mujeres en las que se exploró una relación actual de pareja, la mediana de la puntuación de resiliencia fue 32 (RIC:27-36), siendo de 29 (RIC:22-33) entre las que cumplieron criterios de caso de VPM y 32 (RIC:27-36) entre las que no cumplieron criterios de caso de VPM. En la figura 17 se presenta el diagrama de cajas de la puntuación del CD-RISC 10 según VPM en mujeres con pareja actual.

**Figura 17. Puntuación del cuestionario CD-RISC-10 según VPM en mujeres con pareja actual**



En la tabla 23 se presenta la prevalencia de VPM según niveles de resiliencia y según las variables de ajuste, así como la cuantificación de la asociación según modelos de regresión logística univariados y multivariados, para mujeres con pareja actual.

Entre estas mujeres, en las que se exploró la relación con una pareja actual, la prevalencia de VPM fue de 5,5% (IC95%:4,6%-6,3%). VPM se asoció a resiliencia de manera independiente. Se encontró una ORc:1,76 (IC95%:1,04-2,98) para resiliencia media y una ORc:3,46 (IC95%:2,03-5,90) para resiliencia baja al compararlas con el grupo de mujeres de resiliencia alta.

En los modelos de regresión logística multivariada, al ajustar los modelos por variables confusoras, persistió la asociación de VPM con baja resiliencia (ORa: 3,07;

IC95%:1,72-5,45 al compararla con alta resiliencia). En este modelo, otras variables que se asociaron a VPM fueron, haber nacido fuera de España (ORa: 3,23; IC95%:2,18-4,76), residir en municipios de <10.000 habitantes (ORa:1,89;IC95%:1,08-3,29, al compararlo con vivir en Madrid Municipio), tener un nivel educativo bajo (ORa:1,94;IC95%:1,12-3,37, al compararlo con mujeres con nivel educativo alto) y bajo apoyo social (ORa:5,50;IC95%:2,76-10,95, al compararlo con mujeres con alto apoyo social)

**Tabla 23. Asociación entre VPM, resiliencia y variables confusoras en mujeres con pareja actual**

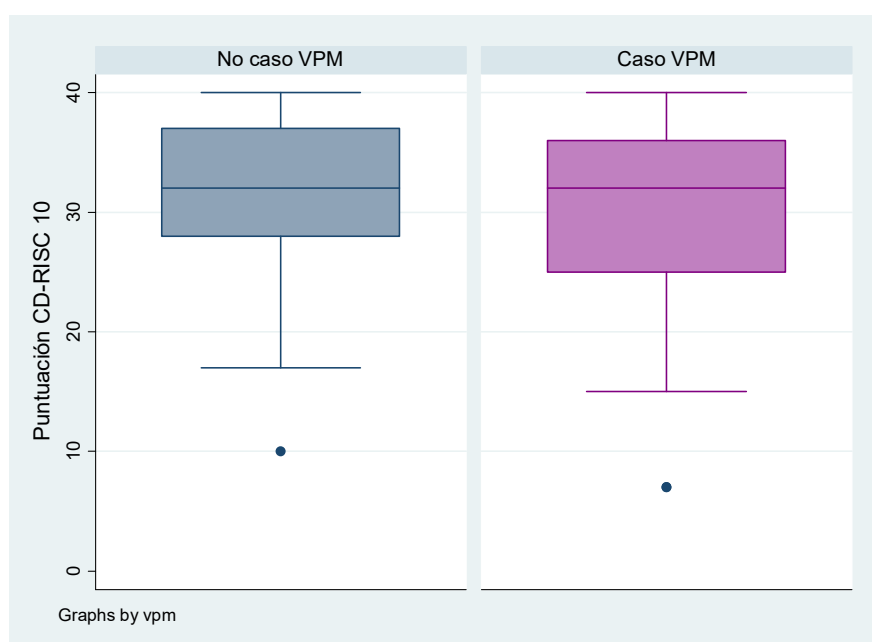
Variables independientes	Total =2743 N (%)	VPM		Regresión logística univariada		Regresión logística multivariada	
		n	% (IC95%)	ORc (IC95%)	p	ORa (IC95%)	p
<b>Resiliencia</b>							
Alta	641 (23,4)	18	2,8(1,5-4,1)	1		1	
Media	1387 (50,6)	67	4,8(3,7-6,0)	<b>1,76 (1,04-2,98)</b>	<b>0,037</b>	1,69 (0,97-2,95)	0,063
Bajo	715 (26,1)	65	9,1(7,0-11,2)	<b>3,46 (2,03-5,90)</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>3,07 (1,72-5,45)</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Edad</b>							
60-70	439 (16,0)	22	5,0(3,0-7,1)	1		1	
45-59	844 (30,8)	47	5,6(4,0-7,1)	1,12 (0,66-1,88)	0,675	1,03(0,55-1,93)	0,929
30-44	1065 (38,9)	57	5,4 (4,0-6,7)	1,07 (0,65-1,78)	0,788	1,08 (0,56-2,11)	0,811
18-29	395 (14,4)	24	6,1(3,7-8,4)	1,23 (0,68-2,22)	0,502	1,70 (0,76-3,81)	0,195
<b>Lugar de nacimiento</b>							
España	2173 (79,2)	84	3,9 (3,1-4,7)	1		1	
Fuera de España	570 (20,8)	66	11,6 (8,9-14,2)	<b>3,26(2,33-4,56)</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>3,23 (2,18-4,76)</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Zona</b>							
Madrid municipio	1349 (49,2)	71	5,3 (4,1-6,5)	1		1	
Madrid corona	1193 (43,4)	59	4,9 (3,7-6,2)	0,94 (0,66-1,33)	0,717	1,02(0,70-1,49)	0,919
Madrid municipios <10.000 hab.	201 (7,3)	20	10,0(5,8-14,1)	<b>1,99 (1,18-3,35)</b>	<b>0,010</b>	<b>1,89 (1,08-3,29)</b>	<b>0,026</b>
<b>Nivel de estudios</b>							
Alto	832 (30,6)	28	3,4 (2,1-4,6)	1		1	
Medio alto	617 (22,7)	39	6,3 (4,4-8,2)	<b>1,94(1,18-3,19)</b>	<b>0,009</b>	1,63(0,97-2,74)	0,067
Medio bajo	746 (27,4)	43	5,8 (4,1-7,4)	<b>1,76(1,08-2,86)</b>	<b>0,023</b>	1,52 (0,90-2,54)	0,115
Bajo	523 (19,2)	40	7,6 (5,4-9,9)	<b>2,38(1,45-3,90)</b>	<b>0,001</b>	<b>1,94 (1,12-3,37)</b>	<b>0,019</b>
<b>Actividad principal</b>							
Trabaja	1493 (54,4)	74	5,0 (3,9-6,1)	1		1	
Parada	515 (18,8)	35	6,8 (4,6-9,0)	1,40(0,92-2,12)	0,114	1,37 (0,87-2,14)	0,169
Estudiante	86 (3,1)	4	4,7 (0,2-9,1)	0,94(0,34-2,62)	0,899	1,74 (0,52-5,74)	0,367
Ama de casa	471 (17,2)	27	5,7 (3,6-7,8)	1,17(0,74-1,83)	0,507	0,99 (0,60-1,64)	0,983
Jubilada/pensionista	178 (6,5)	10	5,6 (2,2-9,0)	1,14 (0,58-2,25)	0,703	1,29 (0,55-2,98)	0,562
<b>Convivencia durante relación</b>							
No convive	377 (13,8)	15	4,0 (2,0-6,0)	1		1	
Convive	2364 (86,2)	135	5,7 (4,8-6,6)	1,46 (0,85-2,52)	0,172	1,76 (0,89-3,48)	0,104
<b>Hijos en el hogar</b>							
No tienen hijos	718 (26,2)	32	4,5 (2,9-6,0)	1		1	
Sí tienen hijos	2024 (73,8)	118	5,8 (4,8-6,9)	1,33 (0,89-1,98)	0,166	1,11 (0,68-1,82)	0,682
<b>Apoyo social</b>							
Alto	592 (21,6)	10	1,7 (0,6-2,7)	1		1	
Medio alto	1395 (50,9)	44	3,2 (2,2-4,1)	1,90(0,95-3,79)	0,071	1,54 (0,76-3,12)	0,232
Bajo	755 (27,5)	96	12,7 (10,3-15,1)	<b>8,48 (4,38-16,42)</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>5,50 (2,76-10,95)</b>	<b>&lt;0,001</b>

ORc: Odds Ratio cruda; ORa: Odds Ratio ajustada

#### 4.2.6. VPM y resiliencia en mujeres con expareja

En las mujeres en las que se exploró una relación con una expareja, la mediana de la puntuación de resiliencia fue 32 (RIC:27-36) siendo de 32 (RIC:25-36) y entre las mujeres que no cumplieron criterios de caso de VPM y de 32 (RIC:28-37) entre las que no cumplieron criterios de caso de VPM. En la figura 18 se presenta el diagrama de cajas de la puntuación del CD-RISC 10 según VPM en mujeres con pareja actual.

**Figura 18. Puntuación del cuestionario CD-RISC-10 según VPM en mujeres con ex pareja**



La prevalencia de VPM entre las mujeres en la que se exploró una relación con una expareja fue de 31,3% (IC95%: 25,6%-37,1%). Entre estas mujeres, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre VPM y resiliencia.

En la tabla 24 se presenta la prevalencia de VPM según resiliencia y otras variables de ajuste, así como la cuantificación de la asociación según modelos de regresión logística univariados y multivariados para mujeres con exparejas. En el modelo de regresión logística multivariada, al considerar las variables confusoras, la VPM se asoció con menor edad, haber convivido durante la relación, tener un nivel educativo bajo y bajo apoyo social.

**Tabla 24. Asociación entre VPM, resiliencia y variables confusoras en mujeres con expareja**

Variables independientes	Total =249 N (%)	VPM		Regresión logística univariada		Regresión logística multivariada	
		n	% (IC95%)	ORc (IC95%)	p	ORa (IC95%)	p
<b>Resiliencia</b>							
Alta	59 (23,7)	16	27,1 (15,6-38,6)	1		1	
Media	126 (50,6)	37	29,4(21,3-37,4)	1,12 (0,56-2,23)	0,753	0,82 (0,36-1,85)	0,632
Bajo	64 (25,7)	25	39,1(27,0-51,2)	1,72 (0,80-3,69)	0,162	0,92 (0,33-2,59)	0,875
<b>Edad</b>							
60-70	19 (7,6)	3	15,8(0,0-32,7)	1		1	
45-59	53 (21,3)	15	28,3(16,0-40,6)	2,10 (0,53-8,29)	0,287	2,51(0,52-11,98)	0,249
30-44	95 (38,2)	33	34,7 (25,1-44,4)	2,84 (0,77-10,5)	0,117	<b>4,98(1,01-24,53)</b>	<b>0,049</b>
18-29	82 (32,9)	27	32,9(22,6-43,2)	2,62 (0,70-9,75)	0,152	<b>9,29 (1,60-55,00)</b>	<b>0,014</b>
<b>Lugar de nacimiento</b>							
España	179 (71,9)	46	25,7(19,2-32,1)	1		1	
Fuera de España	70 (28,1)	32	45,7 (33,9-57,5)	<b>2,43(1,37-4,34)</b>	<b>0,003</b>	2,04 (1,00-4,15)	0,049
<b>Zona</b>							
Madrid municipio	152 (61,0)	45	29,6 (22,3-36,9)	1		1	
Madrid corona	84 (33,7)	27	32,1(22,0-42,2)	1,13(0,63-2,00)	0,685	1,11 (0,58-2,15)	0,753
Madrid municipios <10.000 hab.	13 (5,2)	6	46,2 (17,8-74,5)	2,04 (0,65-6,40)	0,223	1,66 (0,41-6,69)	0,476
<b>Nivel de estudios</b>							
Alto	77 (31,05)	19	24,7 (14,9-34,4)	1		1	
Medio alto	83 (33,5)	22	26,5 (16,9-36,1)	1,10(0,54-2,24)	0,791	0,85 (0,38-1,94)	0,702
Medio bajo	64 (25,8)	28	43,8 (31,4-56,1)	<b>2,37(1,16-4,86)</b>	<b>0,018</b>	1,71(0,75-3,91)	0,201
Bajo	24 (9,7)	8	33,3 (14,0-52,6)	1,53(0,56-4,13)	0,405	1,17(0,36-3,82)	0,800
<b>Actividad principal</b>							
Trabaja	143 (57,4)	44	30,8 (23,1-38,3)	1		1	
Parada	59 (23,7)	21	35,6 (23,2-48,0)	1,24(0,66-2,36)	0,505	1,10(0,51-2,37)	0,805
Estudiante	26 (10,4)	7	26,9 (9,5-44,3)	0,83(0,32-2,11)	0,695	1,38(0,42-4,55)	0,602
Ama de casa	7 (2,8)	3	42,9 (3,1-82,6)	1,69(0,36-7,86)	0,505	0,48(0,07-3,25)	0,448
Jubilada/pensionista	14 (5,6)	3	21,4 (0,0-43,8)	0,61 (0,16-2,31)	0,470	1,31 (0,25-6,98)	0,751
<b>Convivencia durante relación</b>							
No convive	134 (53,8)	29	21,6 (14,6-28,7)	1		1	
Convive	115 (46,2)	49	42,6 (33,5-51,7)	<b>2,69 (1,55-4,67)</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>2,97(1,47-6,02)</b>	<b>0,002</b>
<b>Hijos en el hogar</b>							
No tienen hijos	146 (58,6)	41	28,1 (20,7-35,4)	1		1	
Sí tienen hijos	103 (41,4)	37	35,9 (26,6-45,3)	1,44 (0,84-2,47)	0,190	1,18 (0,50-2,78)	0,698
<b>Apoyo social</b>							
Alto	43 (17,3)	8	18,6 (6,8-30,4)	1		1	
Medio alto	111 (44,6)	27	24,3 (16,2-32,4)	1,41(0,58-3,40)	0,449	1,50 (0,58-3,87)	0,403
Bajo	95 (38,1)	43	45,3 (35,2-55,4)	<b>3,62 (1,52-8,62)</b>	<b>0,004</b>	<b>3,94(1,36-11,41)</b>	<b>0,011</b>

ORc: Odds Ratio cruda; ORa: Odds Ratio ajustada

### **4.3. Discusión**

#### **4.3.1. Resiliencia como factor asociado a VPM**

Al analizar la asociación entre VPM y resiliencia se encontró interacción con el tipo de relación explorada (pareja/ expareja) por lo que se realizó un análisis estratificado según esta variable. En las mujeres en las que se estudió una relación de pareja actual, se encontró que aquellas con baja resiliencia presentaron un riesgo de VPM tres veces superior en comparación con las mujeres con alta resiliencia (ORa: 3,07; IC95%:1,72-5,45) al ajustar por edad, lugar de nacimiento, zona de residencia, nivel de estudios, actividad principal, convivencia durante la relación, hijos en el hogar y apoyo social percibido. En las mujeres en las que se estudió una relación con una ex pareja, no se encontró asociación entre VPM y resiliencia. Entre las mujeres con una relación de pareja actual, altos niveles de resiliencia entendiendo resiliencia como una característica de la personalidad que permiten prosperar frente a la adversidad parecen ser un factor protector frente a VPM.

Una de las posibles explicaciones por las que no se encontró asociación entre VPM y resiliencia en aquellas mujeres en las que se exploró la relación con una ex pareja podría ser debido a que estas mujeres ya han finalizado esa relación y se encontrarían en proceso de recuperación. En nuestro estudio encontramos que, entre las mujeres que cumplieron criterios de caso de VPM con una ex pareja, la puntuación de resiliencia fue mayor en comparación con las mujeres casos de VPM en la relación de pareja actual (mediana 32 vs 29). Anderson y col. al realizar un estudio exploratorio utilizando modelos mixtos en 37 mujeres de 22 a 64 años, con el objetivo de identificar las percepciones de su proceso de recuperación y adaptación a raíz de violencia doméstica y encontraron en estas mujeres altos niveles de resiliencia. También encontraron que altos niveles de resiliencia se correlacionaron con menos sintomatología de síndrome de estrés post traumático<sup>117</sup>.

López-Fuentes y col. realizaron un estudio cualitativo en mujeres que sufrieron violencia de compañero íntimo y examinaron el proceso de resiliencia, entendida como proceso de recuperación, tras haber finalizado esa relación. Las mujeres que recibieron terapia individual y/o grupal tras ser diagnosticadas de depresión y síndrome de estrés

post traumático fueron clasificadas en dos grupos: el primero formado por aquellas mujeres que se recuperaron y el segundo grupo por aquellas que aún se encontraban en proceso de recuperación. Estos investigadores identificaron factores internos y externos que promueven resiliencia. Entre los factores internos se encontraron: actividad física, redescubrimiento de uno mismo, altruismo, control sobre la vida de uno mismo, creatividad, espiritualidad, centrarse en el presente, sentido del humor, introspección, optimismo, proyectos y objetivos; al comparar los dos grupos encontraron que las mujeres que se recuperaron utilizaron un mayor número de estos factores individuales en comparación con las mujeres que se encontraban en proceso de recuperación. De los factores externos identificaron: el soporte social formal e informal así como la seguridad del hogar, los cuales fueron utilizados de forma similar por ambos grupos de mujeres. Lopez-Fuertes y col. atribuyen estos hallazgos a que al inicio del proceso de recuperación los factores externos pueden ser una fuente de resiliencia y sólo cuando se avanza en el proceso de recuperación se movilizan los factores internos <sup>118</sup>. Andersen y col. también identificaron algunos factores que contribuyen al proceso de recuperación de las mujeres entre los que se encuentran el apoyo social informal (familia, amigos, compañeros de trabajo) así como el soporte espiritual. <sup>117</sup>

### **Puntuación media y niveles de resiliencia**

Los resultados de esta investigación muestran por primera vez la puntuación media de resiliencia (31,5; DS:6,5), en una muestra poblacional de mujeres de la Comunidad de Madrid, utilizando el cuestionario CD-RISC 10. La puntuación media (31,5) fue similar a la mediana de 32, y hubo un mayor número de mujeres con puntuaciones altas, el 50% de las mujeres tuvo una puntuación entre 27 y 36.

La puntuación media obtenida en nuestro estudio coincide con la puntuación descrita por otras investigaciones. Tras la validación inicial del CD-RISC 10, se incluyó este cuestionario en una encuesta vía telefónica realizada a residentes de la zona metropolitana de Memphis (Tennessee-Estados Unidos) mayores de 18 años, en la que se encontró una puntuación media en mujeres de 31,1 (DS:5,6) <sup>119</sup>.

Los autores del cuestionario CD-RISC-10 no dan un punto de corte que determine niveles de resiliencia, sin embargo al igual que en otras investigaciones, en nuestro



estudio consideramos los percentiles 25 y 75 para determinar resiliencia baja, media y alta. Serrano-Parra y col. quienes validaron el CD-RISC-10 en población no institucionalizada de 60-75 años<sup>69</sup> y Min y col. en su estudio de resiliencia en pacientes con depresión y ansiedad<sup>120</sup> siguieron estos mismos criterios para determinar niveles de resiliencia.

En nuestro estudio, la puntuación media en el grupo de resiliencia baja fue: 22,5(DS:4,6), en resiliencia media: 32,0(DS:2,6) y en resiliencia alta: 38,8 (DS:1,2), estos valores fueron superiores a los descritos por Serrano-Parra y col. quienes encontraron estas puntuaciones medias: resiliencia baja 17,5; resiliencia media: 31,1 y resiliencia alta 37,9. Estas diferencias podrían ser debidas a que en nuestro estudio abarcamos una población de mayor rango de edad.

#### **Niveles de resiliencia según algunas características de la población estudiada**

En cuanto a la edad y resiliencia, en el grupo de resiliencia baja encontramos mayores porcentajes de mujeres jóvenes, esto coincide con el estudio de Notario-Pacheco B. y col, quienes al estudiar la validación del CD-RISC-10 en jóvenes de 18 a 30 años, estudiantes del primer año de Universidad de Cuenca en Castilla la Mancha encontraron una puntuación media de 27,41 (DS:6,36) entre los 681 sujetos en los que validó el test<sup>68</sup>. También coincide con el estudio de Campbell-Sills y col., quienes encontraron que las puntuaciones de resiliencia fueron menores en el grupo de 18-24 años (29,48; DS:5,40)<sup>119</sup>.

En nuestro estudio en el grupo de alta resiliencia es donde encontramos el mayor porcentaje de mujeres extranjeras, este resultado coincide con el estudio de Loh y col., quienes encontraron que a pesar de la dura experiencia de la migración, en el 90% de los casos las mujeres reportaron que el proceso de aculturación las hizo más resilientes, además muchas de las mujeres migrantes reportaron que ellas fueron más flexibles y abiertas a adoptar diferentes estrategias de afrontamiento y a la accesibilidad de los recursos<sup>121</sup>.

En cuanto al nivel de estudios, encontramos que las mujeres con alta resiliencia tenían un menor nivel educativo. Estos hallazgos también se han descrito en otras investigaciones como en la de Scali y col. quienes al estudiar a pacientes con depresión

también encontraron un mayor porcentaje de mujeres con menor nivel educativo en el grupo de alta resiliencia, en esa investigación utilizaron terciles para determinar resiliencia alta, media y baja<sup>122</sup>. Sin embargo existen otras investigaciones como la de Campbell-Sills y col. en que indican que las puntuaciones de resiliencia aumentan conforme aumenta el nivel educativo, encontrando las puntuaciones más altas entre aquellos que tenían un nivel educativo superior (33,46; DS:4,28) y las puntuaciones más bajas entre las que no completaron la educación secundaria (28,78; DS:6,19)<sup>119</sup>. En nuestro estudio para valorar adecuadamente esta asociación es necesario considerar que existe un 20% de mujeres extranjeras que conforman la muestra, las cuales tienen puntuaciones de resiliencia más altas y han alcanzado un menor nivel educativo.

En cuanto a la actividad principal, encontramos un mayor porcentaje de mujeres en el paro y estudiantes en el grupo de baja resiliencia. En el estudio de Min y col. también encontraron un mayor porcentaje de personas en desempleo en el grupo de baja resiliencia, siendo del 32,1% entre aquellas con baja resiliencia, 22,8% entre aquellas con resiliencia media y 13,3% entre aquellas con alta resiliencia; sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas<sup>68</sup>. Nuestros hallazgos de baja resiliencia en estudiantes podrían estar en relación con la edad de las mujeres, ya que como hemos descrito se encontraron puntuaciones más bajas de resiliencia entre aquellas con menor edad, quienes en un gran porcentaje son estudiantes

En cuanto a la convivencia en las relaciones de pareja, se encontró entre las mujeres de baja resiliencia un mayor porcentaje de mujeres que convivieron con la pareja, en el estudio de Campbell-Sills y col., también encontraron que las personas casadas tenían puntuaciones más altas de resiliencia (32,30; DS:5,03) en comparación con las que nunca se habían casado (31,28; DS:5,81). Sin embargo otras investigaciones no han encontrado asociación entre niveles de resiliencia y estado civil<sup>122</sup>.

No encontramos asociación entre niveles de resiliencia y las características sociodemográficas de las parejas/exparejas de las mujeres, lo cual es algo esperable ya que se ha estudiado resiliencia como una característica de la personalidad de las mujeres. Sólo se encontró asociación entre resiliencia y país de nacimiento de las parejas, esto podría explicarse porque esta es una variable que está muy relacionada con

el país de nacimiento de las mujeres y lo que estaría reflejando sería la asociación que existe entre resiliencia y lugar de nacimiento de las mujeres.

### **Asociación entre VPM, resiliencia y otras variables.**

Se analizó la posible interacción de primer orden de aquellas variables que podrían modificar el efecto entre la asociación de VPM y resiliencia. En el modelo saturado se analizó la interacción de edad, país de nacimiento, nivel educativo, apoyo social percibido y tipo de relación, encontrando interacción con esta última variable, por lo que se estratificaron los resultados según esta variable construyendo dos modelos explicativos de violencia y resiliencia, el primer modelo que incluyó información de las mujeres con pareja actual y el segundo modelo para las mujeres en las que la relación explorada fue con una expareja.

Entre aquellas mujeres en las que se exploró la relación con pareja actual la VPM se asoció a resiliencia al ajustar por las variables confusoras. En el modelo multivariado además de resiliencia, encontramos que otras variables continuaron asociadas significativamente a VPM como haber nacido fuera de España, residir en municipios de menos de 10.000 habitantes, tener un nivel educativo bajo y bajo apoyo social percibido.

En el modelo que se preparó para las exparejas, no se encontró asociación entre VPM y resiliencia. De las variables estudiadas, las que en el análisis multivariado permanecieron asociadas a VPM fueron bajo apoyo social percibido, haber convivido durante la relación, menor edad y haber nacido fuera de España.

Una de las variables que se asoció con VPM, al estudiar la relación con una pareja actual así como con un ex pareja fue el apoyo social percibido, esta asociación se ha descrito en otros estudios con en el de Vives y col. quienes encontraron asociación entre la gravedad de la violencia y ausencia de soporte social tangible; ellos indican que un bajo soporte social podría considerarse como un obstáculo para dejar relaciones violentas en especial en aquellas fases más severas<sup>112</sup>. Asimismo esta asociación entre VPM y bajo apoyo social podría estar reflejando una de las consecuencias de la violencia que es el aislamiento social. El soporte social también podría mediar el efecto del abuso, especialmente el abuso psicológico y las intervenciones que fortalecen el

soporte social, incluidos los que complementan las intervenciones clínicas, podrían tener importantes beneficios en resiliencia y por tanto en el afrontamiento de la violencia. En este sentido sería recomendable realizar algún estudio de cohortes para valorar el efecto de las intervenciones y así valorar mejor el papel de resiliencia y apoyo social.

Moeller-Saxone y col., en su estudio ‘Promoviendo resiliencia en adultos que han experimentado violencia de compañero íntimo o maltrato infantil’, realizan una síntesis narrativa de estudios cualitativos y cuantitativos de intervenciones con resultados específicos en salud relacionados con resiliencia. En esta investigación también consideran resiliencia equivalente a: superar adicciones, encontrar trabajo, habilidades parentales, reducir las recidivas y ofensas. Estos investigadores señalan que son pocos los estudios que utilizan medidas específicas de resiliencia<sup>115</sup>.

Una menor resiliencia basal también estaría asociada con ausencia de mejoría tras determinadas intervenciones. En un estudio en el que se realizó un programa de visitas domiciliaria, de enfermeras y trabajadoras sociales, a madres en riesgo y en el que evalúan cambios en síntomas depresivos tras 9 meses de intervención, encontraron que los predictores de ausencia de mejoría o empeoramiento de síntomas depresivos fueron: historia de trauma intrapersonal, edad materna joven, ser afroamericana y severidad de síntomas<sup>123</sup>.

Hay estudios que indican también que es posible incrementar la resiliencia, en el estudio de Notario-Pacheco y col. en el que estudian a pacientes con fibromialgia que acudían a consultas de Atención Primaria, la mayoría mujeres y casadas, encontraron que tras la intervención realizada, un grupo de pacientes presentó mejoras significativas en las puntuaciones de CD-RISC-10 pasando de 28,27 (DS:8,08) a 31,2 (DS:11,02)<sup>70</sup>.

Al parecer altos niveles de resiliencia son un factor protector frente a VPM por lo que sería beneficioso trabajar esta característica de la personalidad como una forma de proteger a la población general frente a violencia. Resiliencia también parece estar relacionado con el proceso de recuperación de las mujeres que deciden finalizar una relación violenta y el CD-RISC-10 podría utilizarse como un instrumento para monitorizar la evolución de las mujeres en su proceso de recuperación.

#### **4.3.2. Limitaciones**

El instrumento utilizado para el estudio de resiliencia aunque es un instrumento validado en diferentes poblaciones, es utilizado fundamentalmente para el seguimiento de pacientes por lo que no da un punto de corte para clasificar niveles de resiliencia.

#### **4.3.3. Aportaciones**

Nuestra investigación presenta por primera vez los resultados del estudio de resiliencia en el marco de una encuesta de VPM utilizando un cuestionario de resiliencia validado.

Algunos aspectos prácticos que se pueden desprender de esta investigación son que al demostrar la asociación entre resiliencia y VPM es posible trabajar resiliencia como parte de la prevención primaria de la violencia de pareja. Asimismo se puede utilizar el CD-RISC 10 como una forma de monitorizar la evolución de las mujeres que ponen fin a una relación violenta.

Como futuras líneas de investigación en esa área estaría pendiente diseñar evaluación de intervenciones que utilicen instrumentos validados de resiliencia para monitorizar la evolución de las mujeres; así como intervenciones que tenga como finalidad incrementar resiliencia.

## **CUESTIONARIO DE CRIBADO DE VIOLENCIA**

## **5. Cuestionario de cribado de violencia**

Se analizaron los índices de validez del cuestionario WAST para la población general y según cuatro grupos de edad según los grupos de edad utilizados por la Agencia de la Unión Europea para los derechos fundamentales (European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), quienes consideraron estos grupos de edad para estimar prevalencia de violencia según la “Encuesta de violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la Unión Europea”.

### **5.1. Métodos**

#### **5.1.1. Población de estudio**

En este apartado se eliminó información de 13 mujeres ya que no contestaron a las dos preguntas del test y se realizó el análisis estratificando por grupos de edad (18-29, 30-44, 45-60, 60-70).

#### **5.1.2. Cuestionario de cribado de VPM**

De los instrumentos que se utilizan para detectar casos probables de violencia de pareja hacia las mujeres se eligió la versión corta del *Woman Abuse Screening Tool* (WAST). Este cuestionario está formado por dos preguntas con tres respuestas posibles cada una, con una escala de respuesta tipo Likert ‘En general, ¿cómo describiría usted su relación de pareja?: mucha tensión, alguna tensión, sin tensión’ y ‘Usted y su pareja resuelven sus discusiones con: mucha dificultad, alguna dificultad, sin dificultad’.

Existen dos criterios de puntuación (ver tabla 25). Para el criterio 1, la puntuación es del tipo 1-1-0, en cada pregunta y se considera caso si se obtiene una respuesta positiva a ambas preguntas (muchas o alguna dificultad y mucha o alguna tensión) lo que equivale a un total de 2 puntos. Para el criterio 2, la puntuación es del tipo 1-0-0 en cada pregunta y se considera caso cuando hay una respuesta extrema en alguna de las dos preguntas (muchas dificultades o mucha tensión) es decir se considera caso cuando se alcanza una puntuación a partir de 1.

**Tabla 25. Criterios de puntuación del WAST**

Criterios de puntuación	Preguntas WAST						WAST positivo según criterios de puntuación
	Pregunta 1 <i>‘En general, ¿cómo describiría usted su relación de pareja?’</i>			Pregunta 2 <i>‘Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:</i>			
	<i>mucha tensión</i>	<i>alguna tensión</i>	<i>sin tensión</i>	<i>mucha dificultad</i>	<i>alguna dificultad</i>	<i>sin dificultad</i>	
Criterio 1	1	1	0	1	1	0	≥2puntos
Criterio 2	1	0	0	1	0	0	≥1punto

### 5.1.3. Índices de validez del cuestionario de cribado

Para estudiar la validez interna del test se calculó sensibilidad (S) y especificidad (E). La validez externa de los test se estudió a través del valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN). La combinación de la sensibilidad y especificidad se estudió a través de la razón o cociente de probabilidad diagnóstica positivas (CPP) y negativas (CPN) y eficiencia global del test (ver tabla 26).

El patrón de oro para el cálculo de estos índices ha sido la determinación de caso de VPM según el cuestionario de la Comunidad de Madrid.

**Tabla 26. Resultados de una prueba diagnóstica**

Prueba diagnóstica*	Determinación de caso de VPM según el cuestionario de la Comunidad de Madrid (patrón de oro)		
	<b>Caso de VPM</b>	<b>No caso de VPM</b>	
<b>Positiva</b>	Verdadero Positivo (VP)	Falso Positivo (FP)	Total de pruebas positivas
<b>Negativa</b>	Falso Negativo (FN)	Verdadero Negativo (VN)	Total con pruebas negativas
	Total casos VPM	Total No casos VPM	

\*Pruebas diagnósticas a analizar en nuestro estudio: versión corta del WAST (según criterio de puntuación 1 y 2). (Adaptado de Irala y col)<sup>124</sup>.

### Sensibilidad (S)

Se calculó como el cociente entre los verdaderos positivos (VP) y el total de casos de VPM. Es la proporción de verdaderos positivos entre los casos de VPM.

$$S = \frac{VP}{\text{Total casos VPM}}$$



### **Especificidad (E)**

Cociente entre los verdaderos negativos (VN) y el total de mujeres no casos de VPM. Es la proporción de verdaderos negativos entre las mujeres que no cumplen criterios de caso de VPM

$$E = \frac{VN}{\text{Total No casos VPM}}$$

### **Valor predictivo positivo (VPP)**

Es la probabilidad de ser caso de VPM cuando el resultado de la prueba es positivo. Se calculó con la siguiente expresión:

$$VPP = \frac{VP}{\text{Total de pruebas positivas}}$$

### **Valor predictivo negativo (VPN)**

Es la probabilidad de no ser caso de VPM cuando el resultado de la prueba es negativo. Se calculó dividiendo los verdaderos negativos entre el total de resultados negativos

$$VPN = \frac{VN}{\text{Total de pruebas negativas}}$$

### Razón o cociente de probabilidad diagnóstica positiva (CPP)

El CPP trata de estimar por cuanto se multiplica la *odds* de estar enfermo una vez que la prueba dio positiva. Compara la probabilidad de que un paciente que realmente tiene la enfermedad (mujer caso de VPM) presente un resultado positivo en una prueba diagnóstica (por ejemplo WAST positivo); con la probabilidad de que el mismo resultado positivo se obtenga en un paciente libre de enfermedad (mujer no caso de VPM). Se calcula dividiendo la sensibilidad por el complemento de la especificidad.

$\text{CPP} = \frac{\text{Probabilidad test positivo en VPM}}{\text{Probabilidad de test positivo en no casos de VPM}} = \frac{S}{1-E}$
---

Cuanto mayor sea la CPP respecto a 1 mayor es la contribución de un resultado positivo de la prueba en el diagnóstico de la enfermedad. Por ejemplo un CPP de 8 indica que el resultado positivo es proporcionalmente 8 veces más frecuente en los enfermos que en los no enfermos. Existe una escala para la interpretación de este resultado<sup>125</sup>:

- >10 Excelente
- 10-5 Buena
- 2-5 Regular
- 1-2 Pobre

### Razón o cociente de probabilidad diagnóstica negativa (CPN)

Estima por cuanto se multiplica la *odds* de estar libre de enfermedad cuando el resultado de la prueba es negativo. Compara la probabilidad de que una mujer caso de VPM presente un resultado negativo en una prueba diagnóstica con la probabilidad de que el mismo resultado negativo lo tenga una mujer no caso de VPM.

$\text{CPN} = \frac{\text{Probabilidad test negativo en VPM}}{\text{Probabilidad de test negativo en no casos de VPM}} = \frac{1-S}{E}$
---

El CPN valora la contribución que realiza un resultado negativo en la no confirmación de la enfermedad. Es un concepto que resulta difícil de entender y se mueve en una escala inversa a la del CPP porque es más importante cuanto más se

acerca a cero. Por este motivo y para facilitar la interpretación calculamos también la inversa del cociente de probabilidad diagnóstica negativa (CPN\*), que es el cociente de la especificidad y el complemento de la sensibilidad<sup>125</sup>. Es decir establece la relación entre la probabilidad de tener un test negativo entre los sanos (E) y la probabilidad de tener un test negativo entre los enfermos (1-S). Valora la contribución de la prueba en la confirmación de que no se tiene la enfermedad. Se calculó de la siguiente manera:

$\text{CPN}^* = \frac{\text{Probabilidad de test negativo en no casos de VPM}}{\text{Probabilidad test negativo en VPM}} = \frac{E}{1-S}$
---

El CPN\* se mueve en la misma escala que la CPP, lo que permite la comparación directa de estos valores.

## 5.2. Resultados

### 5.2.1. Características de la población a la que se aplicó el test.

Se analizaron los índices de validez del WAST en las 2.797 encuestas y según los cuatro grupos de edad definidos. El 16,0% de las mujeres encuestadas tenía entre 18-29 años, el 38,7% tenían entre 30-44 años, 30,0% tenían entre 45-59 años y 15,3% entre 60-70 años.

Las características sociodemográficas de las mujeres, de la relación de pareja y del hogar y de las parejas/exparejas según grupos de edad se presentan en las tablas 28, 29 y 30. A excepción de zona de residencia, se encontraron diferencias significativas al analizar todas las variables según grupos de edad.

Las variables país de nacimiento y actividad principal de la mujer, zona de residencia y tipo de relación no presentaron valores perdidos. Para el resto de variables estudiadas el porcentaje de no respuesta fue inferior a 4,2% (0,87% para nivel de estudios de la mujer, 0,07% para convivencia, 0,03% para hijos en el hogar, 1,34% para mujer sustentadora principal, 0,23% para país de nacimiento de la pareja/expareja, 4,1% para nivel de estudios de la pareja y 2,25% para la actividad principal de la pareja) para estas variables los porcentajes se calcularon sobre el total de valores válidos.

### **Características sociodemográficas de las mujeres.**

En cuanto a las características sociodemográficas de las mujeres (tabla 27), el mayor porcentaje de nacidas fuera de España se encontró en el grupo de 30-44 años (29,1%) y entre las mujeres de 60-70 años (7,5%).

Al analizar el máximo nivel de estudios alcanzado por las mujeres, los niveles más altos se encontraron entre las más jóvenes; siendo el nivel alto el más frecuente entre las mujeres de 30-44 años (40,7%) y el nivel bajo el más frecuente entre las de 60-70 años (46%).

En cuanto a la actividad principal, en el grupo de 18-29 años se encontró el mayor porcentaje de estudiantes (21,4%); entre las mujeres de 30-44 años y 45-59 años los mayores porcentajes de trabajadoras remuneradas (69,3% y 55,0% respectivamente). Entre las mujeres de 60-70 años se encontraron los mayores porcentajes de jubiladas/pensionistas (36,0%) y de amas de casa (29,2%). En cuanto al desempleo, entre las menores de 60 años se encontró por encima del 18%.

**Tabla 27. Características sociodemográficas de las mujeres según grupos de edad**

	TOTAL N=2979	18-29 N=477	30-44 N=1154	45-59 N=893	60-70 N=455	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	p
<b>Lugar de nacimiento</b>						
España	2.340 (78,5)	357 (74,8)	818 (70,9)	744 (83,3)	421 (82,5)	<0,0001
Fuera de España	639 (21,5)	120 (25,2)	336 (29,1)	149 (16,7)	34 (7,5)	
<b>Zona</b>						
Madrid municipio	1.492 (50,1)	223(46,8)	572 (49,6)	454 (50,8)	243 (53,4)	0,600
Madrid corona	1.274 (42,8)	218 (45,7)	497 (43,1)	376 (42,1)	183 (40,2)	
Madrid municipios						
<10.000 hab.	213 (7,1)	36 (7,5)	85 (7,3)	63 (7,2)	29 (6,4)	
<b>Nivel de estudios</b>						
Alto	905 (30,6)	140 (29,5)	466 (40,7)	245 (27,7)	54 (12,0)	<0,0001
Medio alto	700 (23,7)	152 (32,1)	289 (25,2)	179 (20,2)	80 (17,9)	
Medio bajo	803 (27,2)	124 (26,2)	298 (26,0)	273 (30,9)	108 (24,1)	
Bajo	545 (18,5)	58 (12,2)	93 (8,1)	188 (21,2)	206 (46,0)	
<b>Actividad principal</b>						
Trabaja	1.628 (54,7)	233 (48,8)	800 (69,3)	591 (55,0)	104 (22,9)	<0,0001
				194		
Parada	570 (19,1)	110 (23,1)	214 (18,5)	(21,72)	52 (11,4)	
Estudiante	112 (3,8)	102 (21,4)	7 (0,6)	1 (0,1)	2 (0,4)	
Ama de casa	477 (16,0)	32 (6,7)	129 (11,2)	183 (20,5)	133 (29,2)	
Jubilada/pensionista	192 (6,4)	0 (0,0)	4 (0,3)	24 (2,7)	164 (36,0)	

### **Características de las relaciones de pareja y del hogar**

Se estudió un mayor porcentaje de relaciones con exparejas entre las mujeres más jóvenes, siendo la relación explorada en un 17,2% de las mujeres de 18-29 años y un 4,2% en las mujeres de 60-70 años.

La convivencia durante la relación fue más frecuente entre las mujeres de mayor edad, los mayores porcentajes se encontraron entre las mujeres de 45-59 años (93,8%) y el menor porcentaje de convivencia (38,6%) entre las de 18-29 años. Algo similar ocurrió con los hijos en el hogar, mayores porcentajes entre las mujeres de mayor edad y entre las mujeres de 18-29 años sólo un 17,2% tenía hijos (ver tabla 28).

**Tabla 28. Características de la relación de pareja y del hogar de las mujeres según grupos de edad**

	<b>TOTAL</b> N=2979	<b>18-29</b> N=477	<b>30-44</b> N=1154	<b>45-59</b> N=893	<b>60-70</b> N=455	
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>p</b>
<b>Tipo de relación</b>						
Pareja	2.732 (91,7)	395 (82,8)	1.061 (91,9)	840 (94,1)	436 (95,8)	<0,0001
Expareja	247 (8,3)	82 (17,2)	93 (8,1)	53 (5,9)	19 (4,2)	
<b>Convivencia</b>						
Convive	2.469 (82,9)	184 (38,6)	1.010 (87,6)	837 (93,8)	438 (86,3)	<0,0001
No convive	508 (17,1)	293 (61,4)	143 (12,4)	55 (6,2)	17 (3,7)	
<b>Hijos en el hogar</b>						
No tienen hijos	861 (28,9)	395 (82,8)	327 (28,3)	111 (12,4)	28 (6,2)	<0,0001
Sí tienen hijos	2.117 (71,1)	82 (17,2)	827 (71,7)	781 (87,6)	427 (93,8)	

### **Características sociodemográficas de las parejas/exparejas**

El porcentaje de parejas/exparejas nacidos fuera de España fue mayor entre los grupos de menor edad, siendo del 24,2% y del 25,7% entre las mujeres de 18-29 años y 30-44 años, similar a lo que ocurría con el país de nacimiento de las mujeres.

En cuanto el máximo nivel de estudios alcanzado por las parejas/exparejas, también se encontró un mayor nivel educativo entre los grupos de menor edad, siendo el nivel educativo alto el más frecuente (32,6%) entre las parejas/ex parejas de las mujeres de 30-44 años y el nivel educativo bajo el más frecuente entre las parejas/ex parejas de las mujeres de 60-70 años (36%).

En cuanto a la situación laboral de las parejas/ex parejas se encontraron los mayores porcentajes de trabajadores entre los grupos de menor edad, siendo 88,2% en el grupo de 30-44 años. En el grupo de 60-70 años, la situación laboral más frecuente fue diferente a paro o trabajador activo (79,9%). En cuanto al desempleo fue cerca de la mitad de lo reportado por las mujeres siendo el más alto el 11,4% en el grupo de 18-29 años y de 45-59 años (ver tabla 29).

**Tabla 29. Características sociodemográficas de las parejas/ex parejas de las mujeres según grupos de edad**

	TOTAL N=2979	18-29 N=477	30-44 N=1154	45-59 N=893	60-70 N=455	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	p
<b>País de nacimiento</b>						
España	2.440 (82,1)	361 (75,8)	855 (74,3)	782 (87,8)	442 (97,1)	<0,0001
Fuera de España	532 (17,9)	115 (24,2)	295 (25,7)	109 (12,2)	13 (2,9)	
<b>Nivel de estudios</b>						
Alto	840 (29,4)	124 (27,3)	364 (32,6)	253 (29,6)	99 (23,0)	<0,0001
Medio alto	749 (26,2)	136 (29,9)	308 (27,6)	223 (26,1)	82 (19,0)	
Medio bajo	779 (27,3)	137 (30,1)	325 (29,2)	222 (25,9)	95 (22,0)	
Bajo	489 (17,1)	58 (12,7)	118 (10,6)	158 (18,5)	155 (36,0)	
<b>Situación laboral</b>						
Trabaja	2.063 (70,8)	333 (71,6)	997 (88,2)	657 (75,2)	76 (17,2)	<0,0001
Desempleo	278 (9,6)	53 (11,4)	112 (9,9)	100 (11,4)	13 (2,9)	
Otro	571 (19,6)	79 (17,0)	22 (1,94)	117 (13,4)	353 (79,9)	

### 5.2.2. Prevalencia de VPM

Se encontraron diferencias significativas al analizar la prevalencia de VPM según grupos de edad (ver tabla 30), los porcentajes más altos se encontraron en el grupo de 18-29 años (10,7%) y esta prevalencia va disminuyendo conforme se incrementa la edad. También se encontraron diferencias significativas al analizar la violencia psicológica exclusiva, este tipo de violencia fue más prevalente en el grupo de 18-29 años (7,3%). La violencia física y/o sexual fue de 3,0% en el total de la población y la violencia muy grave fue de 2,3%, al analizar estas prevalencias según grupos de edad no se encontraron diferencias significativas.

**Tabla 30. Prevalencia, tipos y gravedad de violencia de pareja hacia las mujeres**

	<b>TOTAL</b> N=2979 % (IC95%)	<b>18-29</b> N=477 % (IC95%)	<b>30-44</b> N=1154 % (IC95%)	<b>45-59</b> N=893 % (IC95%)	<b>60-70</b> N=455 % (IC95%)	<b>p</b>
<b>VPM</b>	7,6 (6,6-8,5)	10,7 (7,9-13,5)	7,7 (6,2-9,3)	6,8 (5,2-8,5)	5,5 (3,4-7,6)	0,017
<b>Violencia psicológica exclusiva</b>	4,6 (3,9-5,4)	7,3 (5,0-9,7)	4,4 (3,2-5,6)	3,7 (2,5-4,9)	4,2 (2,3-6,0)	0,018
<b>Violencia físico y/o sexual</b>	3,0 (2,3-3,6)	3,4 (1,7-5,0)	3,3 (2,3-4,3)	3,1 (0,2-4,3)	1,3 (0,2-2,4)	0,166
<b>Violencia muy grave</b>	2,3 (1,8-2,9)	2,7 (1,3-4,2)	2,7 (1,8-3,6)	2,5 (1,4-3,5)	0,9 (0,0-1,7)	0,158

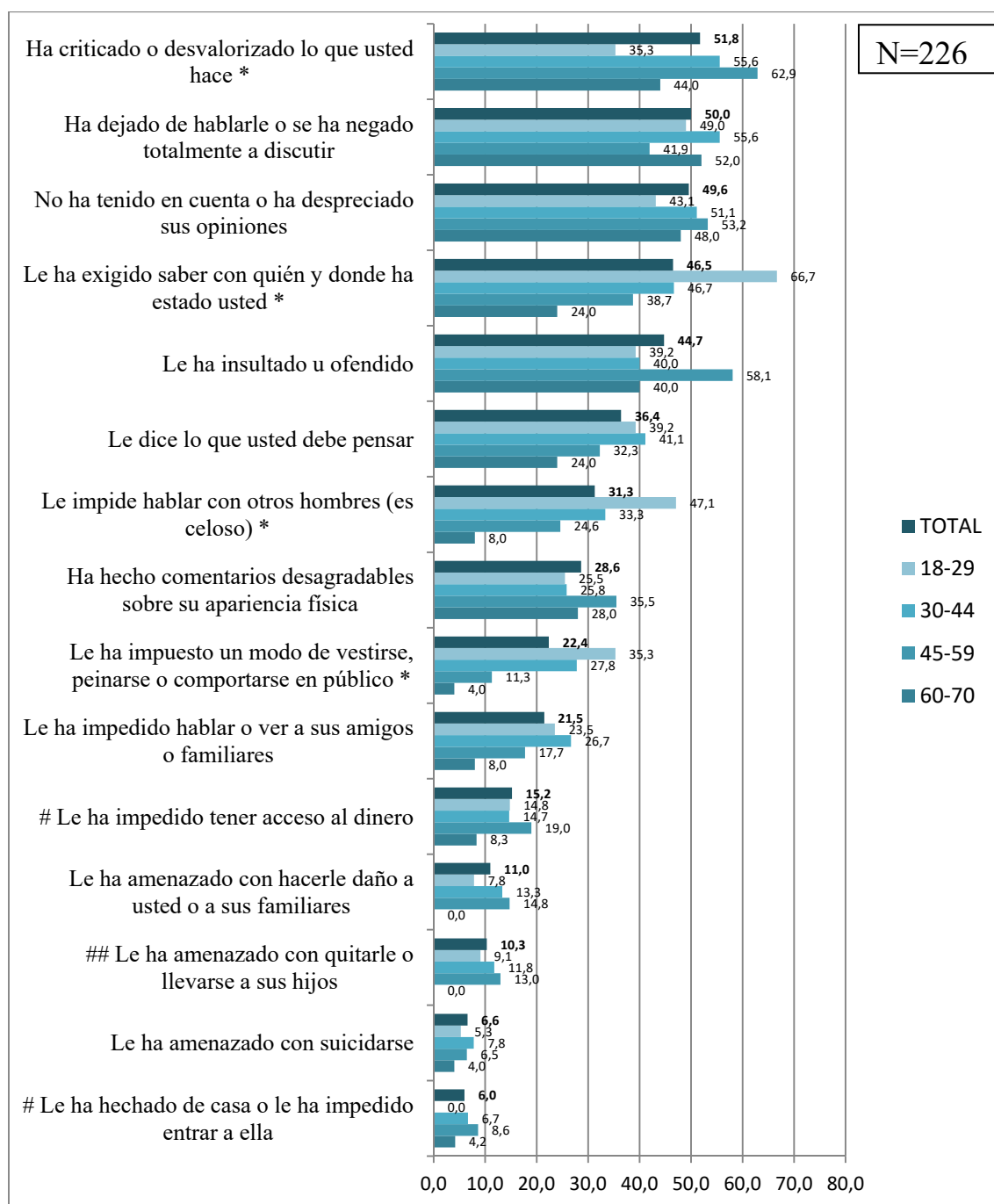
**Actos de violencia de pareja hacia las mujeres según grupos de edad**

En la figura 19 se aprecia la distribución de frecuencia de los comportamientos de violencia psicológica hacia las mujeres que cumplieron los criterios de caso de VPM según grupos de edad.

El 89,8% de las mujeres que cumplieron criterios de VPM refirieron al menos un acto de violencia psicológica. No se encontraron diferencias significativas ( $p>0,05$ ) según grupos de edad, siendo (94,1% para el grupo de 18-29 años, 89,9% para el grupo de 30-44 años, 88,5% para el grupo de 45-59 años y 84% para el grupo de 60-70 años).

Entre las mujeres que cumplen criterios de VPM, al analizar los actos de violencia psicológica según grupos de edad, se encontraron diferencias significativas en la pregunta ¿Le ha exigido saber con quién y donde ha estado? que fue más frecuente en el grupo de mujeres de 18-24 años (75,0%) frente a 52,6% en el grupo de 25-29 años y en la pregunta ¿Le impide hablar con otros hombres (es celoso)? que también fue más frecuente en el grupo de mujeres de 18-24 años (59,4%) frente a 26,3% en el grupo de 25-29 años (ver figura 19).

**Figura 19. Distribución de frecuencias de los actos de violencia psicológica hacia las mujeres que cumplen criterios de caso según grupos de edad**



\*Diferencias significativas según grupos de edad.

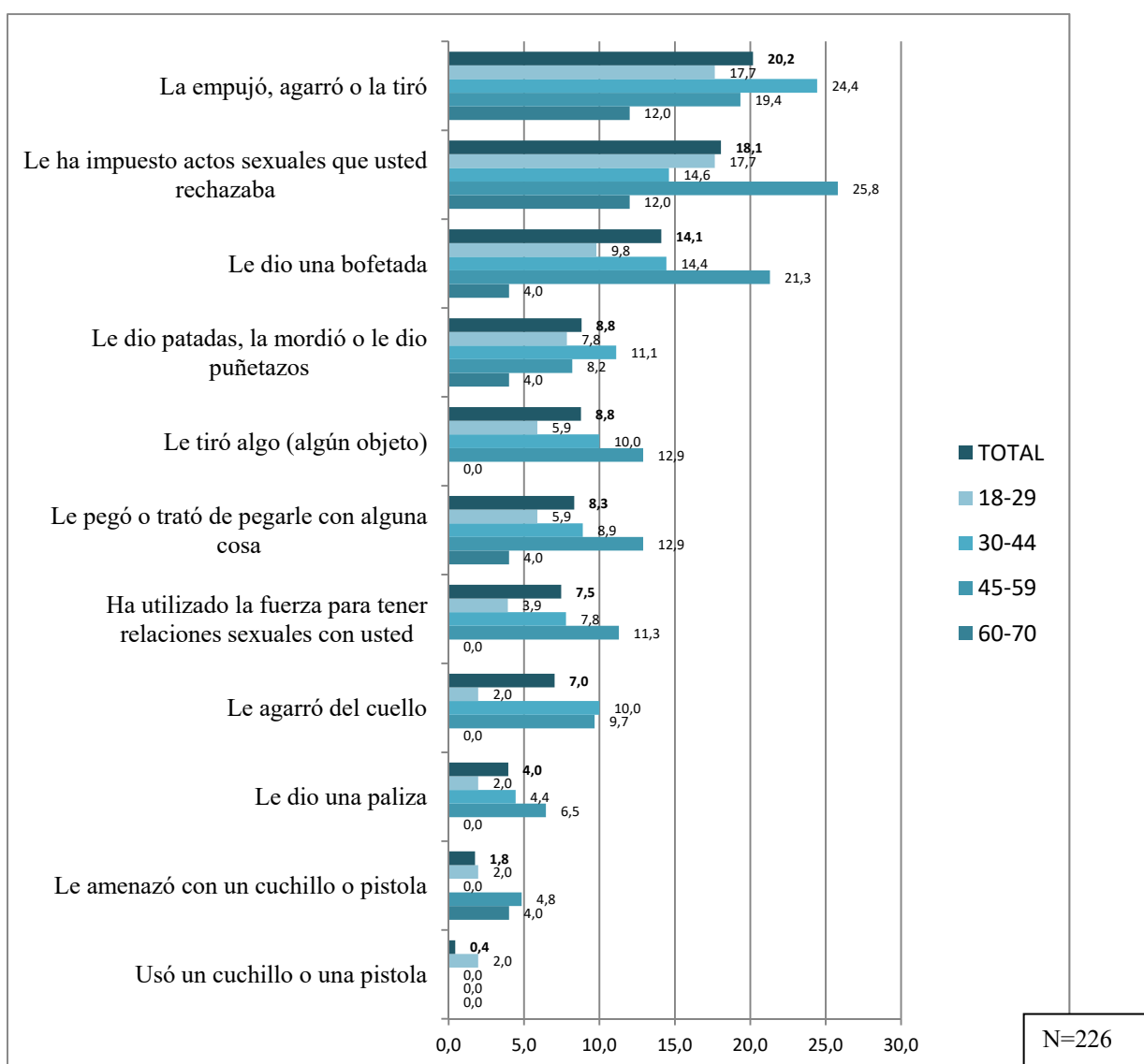
#Item preguntado solamente a las mujeres que conviven con sus parejas (Total:154; 18-29:11; 30-44:68; 45-59:53; 60-70:22 )

##Item preguntado solamente a las mujeres que tenían hijos (Total:183; 18-29: 27; 30-44:75; 45-59:57; 60-70:24 )



La distribución de frecuencias de los actos de violencia físico-sexual según grupos de edad se presenta en la figura 20. Algunos actos de violencia física solo fueron referidos por las mujeres de 18-24 años, aunque fueron poco frecuentes, al analizar los otros actos de violencia físico/sexual según grupos de edad no se encontraron diferencias significativas.

**Figura 20. Distribución de frecuencias de los actos de violencia física y sexual en mujeres que cumplen criterios de caso según grupos de edad**



### **5.2.3. Preguntas de la versión corta del WAST**

En la tabla 31 se muestran las respuestas a las dos preguntas de la versión corta del WAST según grupos de edad

A la primera pregunta del WAST, un 8,4% describió su relación de pareja con mucha tensión. Según grupos de edad los porcentajes más altos se encontraron en el grupo de 18-29 años (10,3%) y el menor porcentaje entre las de 60-70 años (5,7%). El 27,7% de las encuestadas describió su relación con alguna tensión, al analizar estas respuestas según grupo de edad encontramos que los porcentajes más altos se encontraron entre las mujeres de 18-29 años y 30-44 años (28,3% y 28,9% respectivamente). No se encontraron diferencias significativas al comparar las respuestas a esta pregunta según grupos de edad ( $p=0,168$ ).

En cuanto a la segunda pregunta, un 4,8% refirió que resuelven sus discusiones con mucha dificultad, los mayores porcentajes se encontraron entre las mujeres de 18-29 años (5,7%) y el menor porcentaje entre las de 60-70 años (3,5%). El 30,5% resolvió sus discusiones con alguna dificultad, según grupos de edad, los porcentajes fueron muy similares siendo 32,9% en el grupo de 18-29 años, 30,7% en el grupo de 30-44 años y 32,9% en el grupo de 45-59 años y un porcentaje menor entre las mujeres de 60-70 años (23,1%). Se encontraron diferencias significativas al comparar las respuestas a esta pregunta según grupos de edad ( $p=0,002$ ).

**Tabla 31. Respuestas a las preguntas de la versión corta del WAST según grupos de edad**

	<b>TOTAL</b> N=2979		<b>18-29</b> N=477		<b>30-44</b> N=1154		<b>45-59</b> N=893		<b>60-70</b> N=455	
	<b>%</b>	<b>(IC95%)</b>	<b>%</b>	<b>(IC95%)</b>	<b>%</b>	<b>(IC95%)</b>	<b>%</b>	<b>(IC95%)</b>	<b>%</b>	<b>(IC95%)</b>
<b>WAST pregunta 1 <sup>a</sup></b>										
<i>‘En general, ¿cómo describiría usted su relación de pareja?’</i>										
Mucha tensión	8,4	(7,4-9,4)	10,3	(7,5-13,0)	8,4	(6,8-10,0)	8,7	(6,9-10,6)	5,7	(3,6-7,9)
Alguna tensión	27,8	(26,2-29,4)	28,3	(24,2-32,4)	28,9	(26,3-31,6)	26,3	(23,4-29,2)	27,0	(22,9-31,1)
Sin tensión	63,8	(62,1-65,6)	61,4	(57,0-65,8)	62,7	(60,0-65,4)	64,9	(61,8-68,1)	67,3	(62,9-71,6)
<b>WAST pregunta 2 <sup>b</sup></b>										
<i>‘Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:..’</i>										
Mucha dificultad	4,8	(4,0-5,6)	5,7	(3,6-7,7)	5,3	(4,0-6,6)	4,4	(3,0-5,7)	3,5	(1,8-5,2)
Alguna dificultad	30,5	(28,9-32,2)	32,9	(28,6-37,1)	30,7	(28,0-33,3)	32,9	(29,8-36,0)	23,1	(19,2-30,0)
Sin dificultad	64,7	(62,9-66,4)	61,4	(57,0-65,8)	64,0	(61,3-66,8)	62,7	(59,5-65,9)	73,4	(69,3-77,5)

<sup>a</sup> Test de comparación según grupos de edad: p=0,168

<sup>b</sup> Test de comparación según grupos de edad: p=0,002

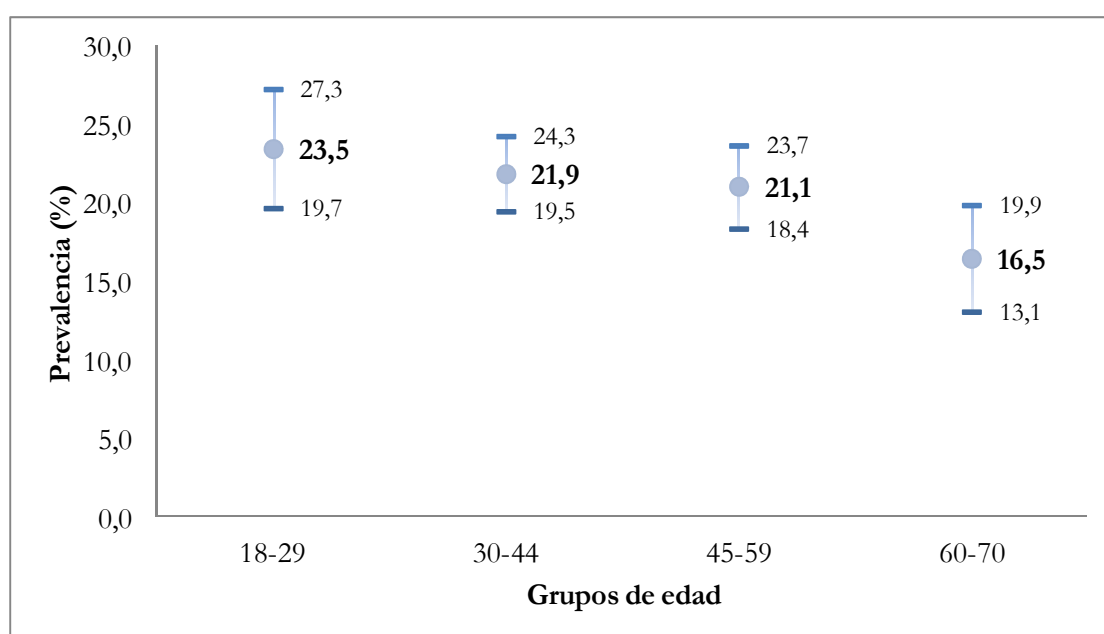
#### 5.2.4. Índices de validez de la versión corta del WAST

Los índices de validez del WAST tomando como *gold standard* el cuestionario de VPM según los dos criterios de puntuación y grupos de edad se presentan en la tabla 32.

##### Criterio 1 de puntuación

Se encontró un 21,1% de casos positivos según este criterio, según grupos de edad el mayor porcentaje se encontró en el grupo de 18-29 años (23,5%) un 7% más que las mujeres de 60-70 años (16,5%) (ver figura 21).

Figura 21. Prevalencia de casos WAST positivos según el criterio 1 de puntuación y grupos de edad



La sensibilidad o la probabilidad de clasificar correctamente a un caso de VPM fue de 67,3%. Según grupos de edad, en mujeres  $\geq 30$  años, estos valores fueron superiores a 68%; y se obtuvo una menor sensibilidad para el grupo de 18-29 años (58,8%).

La especificidad o probabilidad de clasificar correctamente a una mujer sin VPM fue del 82,7%. Al igual que la sensibilidad, los valores más bajos se encontraron en el grupo de 18-29 años y los valores más altos de especificidad en el grupo de 60-70 años (86,5%).

El valor predictivo positivo o probabilidad de ser un caso VPM tras haber obtenido una puntuación positiva al WAST fue del 24,2%. Según grupos de edad los valores oscilaron entre un 22,6% en el grupo de 60-70 años y 26,8% en el grupo de 18-29 años.

El valor predictivo negativo o la probabilidad de que una mujer WAST negativo no cumpla criterios de VPM fue 96,9%. Al analizar por grupos de edad, se encontró el valor más bajo en el grupo de 18-29 años (94,2%), este valor se encontró por encima de 97% en los otros grupos de edad.

El cociente de probabilidades positivo fue 3,89, es decir un WAST positivo entre las mujeres que cumplen criterios de VPM es cerca de 4 veces más probable que entre mujeres sin criterios de VPM. Este valor fue más alto en los grupos de mayor edad, en torno a 3 en el grupo de 18-29 años y algo más de 5 para el grupo de 60-70 años.

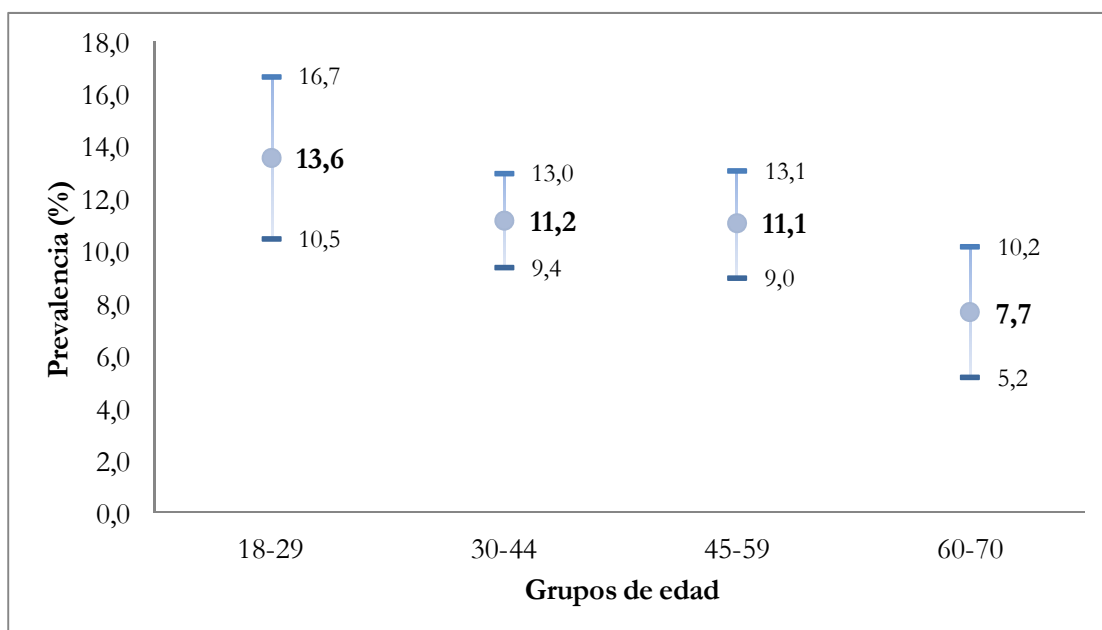
El cociente de probabilidades negativo fue 0,40. Estos valores son mejores mientras sean más bajos, y nos indica que encontrar un WAST negativo entre aquellas mujeres que cumplen criterios de VPM fue 0,40 veces más probable que encontrar un resultado negativo entre las mujeres que no cumplen criterios de VPM. Para facilitar la interpretación de este valor se calculó el inverso del cociente de probabilidades negativos, siendo este de 2,56, lo cual nos indica que tener un resultado negativo entre las mujeres sin VPM fue 2,56 veces más frecuente que encontrar un resultado negativo entre las mujeres con VPM. Según grupos de edad se obtienen los mejores resultados entre mujeres de 30 años y más en las que este valor fue superior o igual a 2,7. Entre las mujeres de 18-29 años este valor fue de 1,96.

La eficiencia global del test o la probabilidad de clasificar correctamente un caso fue de 81,5%, los valores más bajos se encontraron entre las mujeres de 18-29 años (78,4%) y los porcentajes más altos en las mujeres de 60-70 años (85,5%).

### **Criterio 2 de puntuación**

Se encontró un 11,0% de casos positivos según este criterio, según grupos de edad el mayor porcentaje se encontró en el grupo de 18-29 años (13,6%) y el menor porcentaje en mujeres de 60-70 años (7,7%) (ver figura 22).

**Figura 22. Prevalencia de casos WAST positivos según criterio 2 de puntuación y grupos de edad**



La sensibilidad o la probabilidad de clasificar correctamente a un caso de VPM fue de 48,7%. Según grupos de edad, destaca el valor más alto en el grupo de 30-44 años con un 59,6% encontrándose el valor más bajo en el grupo de 60-70 años.

La especificidad o probabilidad de clasificar correctamente a una mujer sin VPM fue del 92,1%. Los valores más bajos se encontraron en el grupo de 18-29 años (89,7%) y los valores más altos en el grupo de 60-70 años (93,7%).

El valor predictivo positivo o probabilidad de ser caso de VPM tras haber obtenido una puntuación positiva al WAST fue del 33,5%. Según grupos de edad destaca el 41,1% entre las mujeres de 30-44 años y el 32,3% entre las mujeres de 18-29 años.

El valor predictivo negativo o la probabilidad de que una mujer WAST negativo no cumpla criterios de VPM fue 95,6%, siendo el valor más bajo para el grupo de 18-29 años (92,7%), para los otros grupos este valor se encontró por encima de 95,8%.

El cociente de probabilidades positivo fue de 6,15, es decir un WAST positivo entre las mujeres con VPM es 6,15 veces más probable que entre mujeres sin VPM.

Según grupos de edad este valor fue más alto en las mujeres de 30-44 años (8,34) y a partir de esta edad disminuye según se incrementaba la edad. Los valores más bajos se obtuvieron en las mujeres de 18-29 años (3,99).

El cociente de probabilidad negativo fue de 0,56 y el inverso del cociente de probabilidades negativo fue 1,79, lo cual nos indica que tener un resultado negativo entre las mujeres sin VPM fue cerca de 2 veces más frecuente que encontrar un resultado negativo entre las mujeres con VPM. Según grupos de edad se obtienen los mejores resultados en las mujeres de 30-44 (2,27) y los valores más bajos entre las mujeres de 60-70 años (1,39).

La eficiencia global del test o la probabilidad de clasificar correctamente un caso fue de 88,8%, los valores más bajos se encontraron entre las mujeres de 18-29 años (84,5%) y los porcentajes más altos en las mujeres de 30-44 años (90,3%).

#### **Comparativa entre criterio 1 y criterio 2 de puntuación.**

Utilizando el criterio 1 de puntuación se identificó el doble de casos WAST positivo comparado con el criterio 2. Siendo esta diferencia muy similar cuando se comparan según grupos de edad.

Los valores de sensibilidad fueron mayores utilizando el criterio 1 de puntuación y los valores de especificidad más altos según el criterio 2 de puntuación. Los mejores valores de éstos índices se encuentran en mujeres  $\geq 30$  años.

Los valores predictivos positivos fueron más altos utilizando el criterio 2 de puntuación y se encontró el valor más óptimo en el grupo de 30-44 años. En cuanto a los valores predictivos negativos los valores más altos los encontramos según el criterio 1, sin embargo estas diferencias fue únicamente de 2 puntos porcentuales.

El cociente de probabilidades positivo fue mayor según el criterio 2 de puntuación. Según grupos de edad este cociente fue superior entre las mujeres de 30-44 y de 45-60 años. En las mujeres de 18-29 años los cocientes fueron similares y bajos.

El cociente de probabilidades negativos y su inverso presentaron mejores valores según el criterio 1 de puntuación. Según grupos de edad se mantuvo esta diferencia y los peores cocientes se encontraron en mujeres de 18-29 años.

Finalmente la eficiencia global del test fue más alta utilizando el criterio 2 de puntuación y presenta sus mejores valores entre las mujeres de 30 y más años.



**Tabla 32. Índices de validez del WAST según los dos criterios de puntuación y según grupos de edad**

	<b>TOTAL</b> N=2977		<b>18-29</b> N=477		<b>30-44</b> N=1152		<b>45-59</b> N=893		<b>60-70</b> N=455	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)
<b>WAST: positivos según Criterio 1 de puntuación</b>										
Casos positivo	21,1	(19,6-22,5)	23,5	(19,7-27,3)	21,9	(19,5-24,3)	21,1	(18,4-23,7)	16,5	(13,1-19,9)
Sensibilidad	67,3	(61,1-73,4)	58,8	(45,1-72,5)	69,7	(60,0-79,3)	70,5	(58,9-82,0)	68,0	(42,3-86,7)
Especificidad	82,7	(81,3-84,1)	80,8	(77,0-84,5)	82,1	(79,8-84,4)	82,6	(80,0-85,2)	86,5	(83,2-89,8)
Valor Predictivo Positivo	24,2	(20,8-27,6)	26,8	(18,5-35,0)	24,5	(19,2-29,8)	22,9	(16,8-28,9)	22,6	(13,1-32,2)
Valor Predictivo Negativo	96,9	(96,1-97,6)	94,2	(91,8-96,6)	97,0	(95,9-98,1)	97,4	(96,3-98,6)	97,9	(96,4-99,3)
Cociente de probabilidades positivo	3,89		3,06		3,88		4,04		5,04	
Cociente de probabilidades negativo	0,40		0,51		0,37		0,36		0,37	
Cociente de probabilidades negativo inverso	2,56		1,96		2,78		2,78		2,70	
Eficiencia global del test	81,5	(80,1-82,9)	78,4	(74,7-82,1)	81,1	(78,8-83,4)	81,7	(79,2-84,3)	85,5	(82,2-88,7)
<b>WAST: positivos según Criterio 2 de puntuación</b>										
Casos positivo	11,0	(9,9-12,1)	13,6	(10,5-16,7)	11,2	(9,4-13,0)	11,1	(9,0-13,1)	7,7	(5,2-10,2)
Sensibilidad	48,7	(42,1-55,2)	41,2	(27,5-54,9)	59,6	(49,3-69,8)	45,9	(33,3-58,5)	32,0	(13,3-50,7)
Especificidad	92,1	(91,1-93,1)	89,7	(86,8-92,6)	92,9	(91,3-94,4)	91,5	(89,6-93,3)	93,7	(91,4-96,0)
Valor Predictivo Positivo	33,5	(28,4-38,7)	32,3	(20,8-43,8)	41,1	(32,6-49,6)	28,3	(19,4-37,2)	22,9	(8,7-37,0)
Valor Predictivo Negativo	95,6	(94,8-96,4)	92,7	(90,2-95,2)	96,5	(95,4-97,6)	95,8	(94,5-97,2)	96,0	(94,1-97,8)
Cociente de probabilidades positivo	6,15		3,99		8,34		5,38		5,10	
Cociente de probabilidades negativo	0,56		0,65		0,44		0,59		0,72	
Cociente de probabilidades negativo inverso	1,82		1,54		2,38		1,69		1,39	
Eficiencia global del test	88,8	(87,7-89,9)	84,5	(81,2-87,7)	90,3	(88,6-92,0)	88,35	(86,2-90,5)	90,3	(87,6-93,1)

### **5.3. Discusión**

#### **5.3.1. Cuestionario de cribado de violencia**

En nuestra investigación el *gold estandard* utilizado para calcular los índices de validez del WAST fue la encuesta de VPM de la Comunidad de Madrid que fue validado mediante entrevistas clínicas personales en 2004 y es el cuestionario que se ha utilizado en las tres encuestas realizadas en nuestra comunidad<sup>43 107 108</sup>. La prevalencia de VPM en esta encuesta fue de 7,8% y es necesaria tenerla en cuenta para valorar adecuadamente alguno de los índices como el VPP y el VPN que son sensibles a la prevalencia.

Según el análisis realizado, se encontró un 21,1% de casos positivos según criterio 1 de puntuación y 11,0% según criterio 2. Podemos decir que se obtuvieron índices de validez aceptables. Al analizar los dos criterios de puntuación encontramos que la sensibilidad fue superior utilizando el criterio 1 (67,3% vs. 48,7%). La eficiencia global del test fue superior utilizando el criterio 2 de puntuación (88,8% vs 81,5%). Al analizar los los índices de validez según grupos de edad, se encontró mejores índices en mujeres  $\geq 30$  años.

#### **Características de la VPM según grupos de edad**

En cuanto a la violencia según grupos de edad, se encontró un mayor porcentaje de VPM entre las mujeres más jóvenes 10,7% entre las de 18-29 años, esta diferencia en la prevalencia de violencia es a expensas de la violencia psicológica, siendo las conductas de control y celos significativamente más frecuentes entre las mujeres de este grupo de edad.

Se encontraron diferencias de las características de las mujeres, del hogar y las parejas según grupos de edad. En cuanto a las características sociodemográficas, encontramos un mayor porcentaje de nacidas fuera de España en los grupos de menor edad (18-29 y 30-44 años); asimismo se encontró un mayor porcentaje de mujeres con nivel educativo alto entre las más jóvenes, especialmente entre las de 30-44 años. En cuanto a la actividad principal se encontró: mayor porcentaje de estudiantes entre las mujeres de menor edad (18-29 años) y mayor porcentaje de mujeres con trabajo

remunerado entre las de 30-44 años así como un mayor porcentaje de jubiladas/pensionistas y amas de casa entre las mujeres de 60-70 años. Las características de las relaciones de pareja según grupos de edad también fueron distintas: más ex parejas entre las más jóvenes, mayor porcentaje de convivencia conforme aumenta la edad y a partir de los 30 años el porcentaje de hijos en el hogar casi se triplica (pasando de 17,2% entre las de 18-29 años a 73,5% en el grupo de 30-44 años). En cuanto a las características sociodemográficas de las parejas, entre las más jóvenes encontramos un mayor porcentaje de parejas nacidas fuera de España, también un mayor nivel educativo y mayor porcentaje de parejas con trabajo remunerado entre las parejas de las mujeres jóvenes (30-44 años).

### **Índices de validez del WAST según grupos de edad**

Para el total de mujeres encuestadas según el criterio 1 obtuvimos una sensibilidad del 67,3%, siendo esta cercana al 70% entre las mujeres de >30 años. Los valores de sensibilidad de nuestro estudio fueron menores a los que encontraron Plazaola-Castaño y col., quienes validaron el cuestionario en un entorno de Atención Primaria y encontraron una sensibilidad de 91,4%<sup>88</sup>; también fueron inferiores al estudio de Fogarty y col., quienes validaron el cuestionario con mujeres procedentes de un refugio de VPM, y obtuvieron una sensibilidad de 93%<sup>87</sup>. En nuestra investigación la especificidad según el criterio 1 de puntuación fue de 82,7%, este índice fue superior para los grupos de mayor edad. Los valores de nuestro estudio fueron superiores a los descritos en estas otras investigaciones 76,2%<sup>88</sup> y de 68%<sup>87</sup> respectivamente.

En cuanto al criterios 2 de puntuación, encontramos una sensibilidad de 48,7%, con mejores valores para el grupo de edades de 30-44 y 45-59 años. Estos valores fueron inferiores al 68% descrito por Fogarty y col.<sup>87</sup> y al 91,7% descrito por Brown y col. quienes para el desarrollo del instrumento (WAST) incluyeron mujeres de un refugio de VPM<sup>86</sup>. En nuestra investigación la especificidad según el criterio 2 de puntuación fue de 92,1%, este índice fue más bajo en grupo de 18-29 años. Estos valores fueron inferiores a los descritos en otras investigaciones que llegaron a alcanzar un 96,1%<sup>88</sup> y incluso un 100%<sup>86</sup>.

Al comparar estos índices es importante tener en cuenta que algunos factores pueden influir en la sensibilidad y la especificidad; descartando el error aleatorio, las que más pueden influir son las características de los casos y no casos en los que se valora el test. La sensibilidad se relaciona de manera directa con el estadio de la enfermedad, cuanto más avanzado es, mayor es la sensibilidad<sup>125</sup>. Esto puede justificar en parte que en nuestro estudio encontráramos una sensibilidad más baja comparada con otros estudios, realizados en entornos de Atención Primaria o en centros específicos donde acuden mujeres maltratadas, posiblemente los casos más graves; mientras que nuestros datos proceden de una muestra poblacional donde podríamos encontrar todo el espectro de casos de un proceso y no estaríamos incurriendo, por tanto, en el sesgo por espectro de la enfermedad. Además la sensibilidad de una prueba podrían aumentar al aumentar la prevalencia de la enfermedad y la especificidad podría aumentar si disminuye la prevalencia<sup>124</sup>. En nuestro estudio la prevalencia de la VPM fue casi la mitad de la prevalencia descrita en el estudio realizado en atención primaria que fue del 15%<sup>88</sup>.

Asimismo, la prevalencia tiene una gran influencia en el valor predictivo negativo y positivo, este último de gran utilidad desde el punto de vista práctico. En cuanto a los valores predictivos de nuestro estudio, para una prevalencia de 7,8%, encontramos con el criterio 1 un VPP de 24,2%, siendo algo mayor entre las mujeres de 18-29 años y de 30-44 años, este valor es inferior al 40,2% descrito por Plazaola-Castaño y col.<sup>88</sup>; en cuanto al VPN fue de 96,9%, también inferior al 98,1% descritos por estos investigadores<sup>88</sup>. Utilizando el criterio 2 de puntuación encontramos un VPP de 33,5%, siendo el más alto entre las mujeres de 30-44 años, este valor es inferior al 66,7% descrito en la validación realizada en Atención Primaria<sup>88</sup>; en cuanto al VPN fue de 95,6%, superior al 90,9% descrito por Plazaola-Castaño y col.<sup>88</sup>.

Un CPP >1 incrementa la probabilidad de que la enfermedad esté presente y tanto más cuanto más se aleje del 1 su valor. El cociente de probabilidades positivo fue de 3,89 según el criterio 1 y aumentan a medida que aumenta la edad, este valor es similar al descrito en Atención Primaria (3,84)<sup>88</sup>. Según el criterio 2, el CPP fue de 6,15 y más alto en el grupo de 30-44 años; estos valores fueron inferiores al 11,48 descrito por Plazaola-Castaño y col.<sup>88</sup>.

El CPN es mejor cuanto sea más bajo. El cociente de probabilidades negativa fue de 0,40 según criterio 1 y es menor en las mayores de 30 años, estos valores no fueron tan bajos como el 0,11 que encontró Plazaola-Castaño y col.<sup>88</sup>. Según el criterio 2 la CPN fue de 0,56 siendo menores en el grupo de 30-44 años y similar al 0,57 descrito en esta otra investigación<sup>88</sup>.

La eficiencia global del test fue mayor si utilizamos el criterio 2 de puntuación 88,8% y fue más alta a partir de los 30 años. La eficiencia global según el criterio 1 fue de 81,5% y también según grupos de edad más alta a partir de los 30 años.

Tras el análisis de todos estos índices podríamos recomendar utilizar WAST con el criterio 2 de puntuación si lo que queremos es estimar la prevalencia de VPM en encuestas poblacionales, ya que clasifica mejor los casos y no casos. Y utilizar el WAST con el criterio 1 de puntuación si lo quisiéramos utilizar como un cuestionario de cribado de VPM en la práctica clínica ya que tiene una mayor sensibilidad. Adicionalmente podemos decir que este cuestionario de cribado funciona mejor al aplicarlo en mujeres de 30 años o más, cuyas relaciones de pareja tienen características distintas a las de las mujeres jóvenes.

### **5.3.2. Limitaciones**

En la validación de criterio del WAST, tomamos como referencia la encuesta de VPM, que aunque es bastante rigurosa y ha sido validada previamente, no es el patrón de oro ideal como lo sería una entrevista clínica especializada en la definición un caso de VPM.

### **5.3.3. Aportaciones**

Se ha realizado la validación del criterio de la versión corta del WAST en un entorno poblacional y a través de una encuesta telefónica; a diferencia de otros estudios hemos realizado el análisis con una muestra de gran tamaño y representativa de la población. Además se presentan los índices de validez desagregados por grupos de edad que demuestran que son más útiles en mujeres de mayor edad.

El WAST ha sido incluido en el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades no transmisibles dirigido a población adulta (SIVRENT-A)

para la vigilancia de VPM el año 2017 en la Comunidad de Madrid. En el análisis de estos datos se sugiere utilizar el segundo criterio de puntuación ya que es el que clasifica mejor a las mujeres como casos y no casos de VPM. Este cuestionario también podría ser utilizado en entornos sanitarios y comunitarios, utilizando para ello el criterio uno de puntuación ya que es el que presenta los mayores niveles de sensibilidad.

Como futuras líneas de investigación se podría estudiar la posibilidad de integrar el WAST como un cuestionario de cribado en práctica habitual, tanto en Atención Primaria como en entornos comunitarios donde exista población vulnerable a la violencia de pareja.

**NUEVAS FORMAS DE VIOLENCIA  
EN MUJERES JÓVENES**

## **6. Nuevas formas de violencia en mujeres jóvenes**

La violencia de pareja en jóvenes es un importante problema de salud pública por su magnitud y por las repercusiones en salud.

En la Comunidad de Madrid desde el año 2011 se incluyó la vigilancia de violencia de pareja en el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Esta encuesta se realiza con una periodicidad anual a una muestra representativa de estudiantes de 4º curso de la Enseñanza Secundaria Obligatoria. Se pregunta directamente por la imposición de conductas sexuales que la pareja rechazaba (violencia sexual) y si recibió alguna bofetada, patada o fue lastimada físicamente por la pareja (violencia física) en los 12 meses anteriores a la encuesta. La prevalencia de violencia física y/o sexual así definida hacia las chicas por parte de una pareja fue de 7,1% (IC95%: 5,6-8,6). Adicionalmente se identificaron algunas conductas y factores de riesgo para la salud asociadas a violencia entre los que destacaron: desórdenes de conducta alimentaria (cuando presentaron alguno de los siguientes comportamientos con la finalidad de perder peso o controlar la figura: estar sin comer 24 horas o más, vómitos provocados o uso de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes); conductas sexuales de riesgo (haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años, no haber utilizado preservativo en la última relación sexual o haber tenido más de 3 parejas sexuales en los últimos 6 meses) y consumo excesivo de alcohol (consumo de 6 o más unidades de alcohol en una misma ocasión)<sup>126</sup> (ver artículos).

### **6.1. Métodos**

#### **6.1.1. Población de estudio**

En este apartado se analiza la información de 477 mujeres con edades comprendidas entre 18 y 29 años y se estratifica en dos grupos de edad 18-24 y 25-29.

#### **6.1.2. Acoso y control mediante el móvil o correo electrónico**

Se realizaron dos preguntas relacionadas con el acoso y control a través de medios electrónicos. Estas preguntas se aplicaron a continuación de las 15 preguntas que



exploraron violencia psicológica. Se preguntó a la mujer si se sintió acosada/agobiada a través del móvil o correo electrónico y si se sintió agobiada debido a que su pareja o expareja le controlaba las llamadas o mensajes del móvil o su correo electrónico. Las opciones de respuesta a estas preguntas se encontraban en una escala tipo Likert de 5 categorías: “nunca”, “rara vez”, “algunas veces”, “muchas veces” y “constantemente/siempre/sistemáticamente”.

En la exploración de estas preguntas como cuestionario de cribado de violencia se asignó una puntuación 0-0-1-1-1 para cada pregunta y se consideró caso cuando a alguna de las dos preguntas respondieron “algunas veces”, “muchas veces” o “constantemente/siempre/sistemáticamente”, es decir cuando alcanzaron una puntuación de 1 ó 2 , tal como se especifica en la tabla 33.

**Tabla 33. Puntuación del cuestionario de acoso y control a través de medios electrónicos**

<b>Preguntas de acoso y control a través de medios electrónicos</b>				
Pregunta 1. Se ha sentido acosada/ agobiada a través de mensajes de móvil o de correos electrónicos que él le envía/ enviaba				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Constantemente/ siempre/ sistemáticamente
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Pregunta 2. Se ha sentido agobiada debido a que le controlaba las llamadas o mensajes del móvil o su correo electrónico				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Constantemente/ siempre/ sistemáticamente
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>Criterio de puntuación</b>				
Caso positivo: 1 ó 2 puntos en total				

Para estudiar la asociación entre acoso y control a través de medios electrónicos y VPM en mujeres de 18-29 años, se realizó un análisis univariado y se calculó ORc, posteriormente se realizó un análisis multivariado considerando VPM como una de las variables independientes. Se construyó un modelo explicativo de acoso y control a través de medios electrónicos en el que se incluyó todas las variables relevantes y a aquellas que en el análisis univariado resultaron asociadas de forma estadísticamente significativas con acoso y control a través de medios electrónicos.

## 6.2. Resultados

### 6.2.1. Características de las mujeres jóvenes.

Las características sociodemográficas de las mujeres según grupos de edad se presentan en la tabla 34. Un 25,2% había nacido fuera de España y el 46,8% de las entrevistadas residían en el municipio de Madrid. Según grupos de edad se encontraron diferencias significativas al analizar el nivel educativo, siendo para el grupo de 18-24 años el más frecuente el nivel medio-alto (36,0%) y para el grupo de 25-29 años, el más frecuente el nivel alto (40,1%); asimismo se encontraron diferencias significativas al analizar la actividad principal, en el grupo de 18-24 años un 36,2% refirió tener un trabajo remunerado y un 34,7% refirieron ser estudiantes, mientras que en el grupo de 25-29 años estos porcentajes fueron 65,1% y 4,3% respectivamente.

**Tabla 34. Características sociodemográficas de las mujeres jóvenes según grupos de edad**

	<b>TOTAL</b> N=477 <b>N (%)</b>	<b>18-24</b> N=268 <b>N (%)</b>	<b>24-29</b> N=209 <b>N (%)</b>	<b>P</b>
<b>Lugar de nacimiento</b>				
España	357 (74,8)	209 (78,0)	148 (70,8)	0,073
Fuera de España	120 (25,2)	59 (22,0)	61 (29,2)	
<b>Zona</b>				
Madrid municipio	223 (46,8)	125(46,7)	98 (46,8)	0,964
Madrid corona	218 (45,7)	122(45,5)	96 (45,9)	
Madrid municipios <10.000 hab.	36 (7,6)	21 (7,8)	15 (7,2)	
<b>Nivel de estudios</b>				
Alto	140 (29,5)	57 (21,3)	83 (40,1)	<0,0001
Medio alto	152 (32,1)	96 (36,0)	56 (27,0)	
Medio bajo	124 (26,2)	82 (30,7)	42 (20,3)	
Bajo	58 (12,2)	32 (12,0)	26 (12,6)	
<b>Actividad principal</b>				
Trabaja	233 (48,8)	97 (36,2)	137 (65,1)	<0,0001
Parada	110 (23,1)	66 (24,6)	44 (21,0)	
Estudiante	102 (21,4)	93 (34,7)	9 (4,3)	
Ama de casa	32 (6,7)	12 (4,5)	20 (9,6)	

Las características de la relación de pareja y del hogar de las mujeres según grupos de edad se presentan en la tabla 35. Se encontraron diferencias significativas según edad al analizar estas características a excepción del tipo de relación explorada, la cual se encontró al límite de la significación estadística ( $p=0,052$ ), esta relación se

exploró en el 20,5% de mujeres de 18-24 años y en el 13,4% en el grupo de 24-29 años. La convivencia fue mayor en el grupo de 25-29 años (63,2%) mientras que en el grupo de mujeres de 18-24 años este porcentaje fue del 19,4%. También se encontraron diferencias al estudiar los hijos en el hogar: el 25,8% de las mujeres de 25-29 años refirieron tener hijos en el hogar mientras que este porcentaje fue de 10,4% en las mujeres de 18-24 años.

**Tabla 35. Características de la relación de pareja y del hogar de las mujeres jóvenes según grupos de edad**

	<b>TOTAL</b> N=477 <b>N (%)</b>	<b>18-24</b> N=268 <b>N (%)</b>	<b>24-29</b> N=209 <b>N (%)</b>	<b>p</b>
<b>Tipo de relación</b>				
Pareja	395 (82,8)	214 (79,85)	181 (86,6)	<0,052
Expareja	82 (17,2)	54 (20,15)	28 (13,4)	
<b>Convivencia</b>				
Convive	184 (38,6)	52 (19,4)	132 (63,2)	<0,001
No convive	293 (61,4)	216 (80,6)	77 (36,8)	
<b>Hijos en el hogar</b>				
No tienen hijos	395 (82,8)	240 (89,6)	155 (74,2)	<0,001
Sí tienen hijos	82 (17,2)	28 (10,4)	54 (25,8)	

Las características sociodemográficas de las parejas/ex parejas según grupos de edad se presentan en la tabla 36. El 24,2% de las parejas/ex parejas habían nacido fuera de España, el nivel educativo más frecuente fue el alto (27,3%). Se encontraron diferencias significativas al estudiar la actividad principal de las parejas/ ex parejas según edad, el 86,4% de las parejas de las mujeres de 25-29 años trabajaban mientras que en el grupo de 18-24 este porcentaje fue de 59,8%.

**Tabla 36. Características sociodemográficas de las parejas/ex parejas de las mujeres jóvenes según grupos de edad**

	<b>TOTAL</b> N=477 <b>N (%)</b>	<b>18-24</b> N=268 <b>N (%)</b>	<b>25-29</b> N=209 <b>N (%)</b>	<b>p</b>
<b>País de nacimiento</b>				
España	361 (75,8)	206 (77,15)	155 (74,2)	<0,449
Fuera de España	115 (24,2)	61 (22,85)	54 (25,8)	
<b>Nivel de estudios</b>				
Alto	124 (27,3)	59 (23,1)	65 (32,5)	<0,151
Medio alto	136 (29,9)	83 (32,6)	53 (26,5)	
Medio bajo	137 (30,1)	80 (31,4)	57 (28,5)	
Bajo	58 (12,7)	33 (12,9)	25 (12,5)	
<b>Actividad principal</b>				
Trabaja	333 (71,6)	155 (59,8)	178 (86,4)	<0,0001
Desempleo	53 (11,4)	30 (11,6)	23 (11,2)	
Otro	79 (17,0)	74 (28,6)	5 (2,4)	

### 6.2.2. Prevalencia de VPM

Entre las mujeres de 18-24 años se encontraron prevalencias más altas de violencia 11,9%, llama la atención especialmente el porcentaje de violencia físico/sexual que fue de 4,1% y la violencia grave presente en el 3,4% de las mujeres de este grupo de edad, a pesar de esto no se encontraron diferencias significativas al comparar estos porcentajes con el grupo de 25-29 años. Estos resultados se presentan en la tabla 37.

**Tabla 37. Prevalencia, tipos y gravedad de VPM en mujeres jóvenes**

	<b>TOTAL</b> <b>(N=477)</b> <b>% (IC95%)</b>	<b>Mujeres 18-24</b> <b>(N=268)</b> <b>% (IC95%)</b>	<b>Mujeres 25-29</b> <b>(N=209)</b> <b>% (IC95%)</b>	<b>p</b>
<b>VPM</b>	10.7(7.9-13.5)	11.9(8.0-15.8)	9.1(5.2-13.0)	0,318
<b>Violencia psicológica exclusiva</b>	7.3(5.0-9.7)	7.8(4.6-11.1)	6.7(3.3-10.1)	0,636
<b>Violencia físico y/o sexual</b>	3.4(1.7-5.0)	4.1(1.7-6,5)	2.4(0.3-4,5)	0,303
<b>Violencia muy grave</b>	2,7(1,3-4,2)	3,4(1,2-5,5)	1,9(0,0-3,8)	0,575

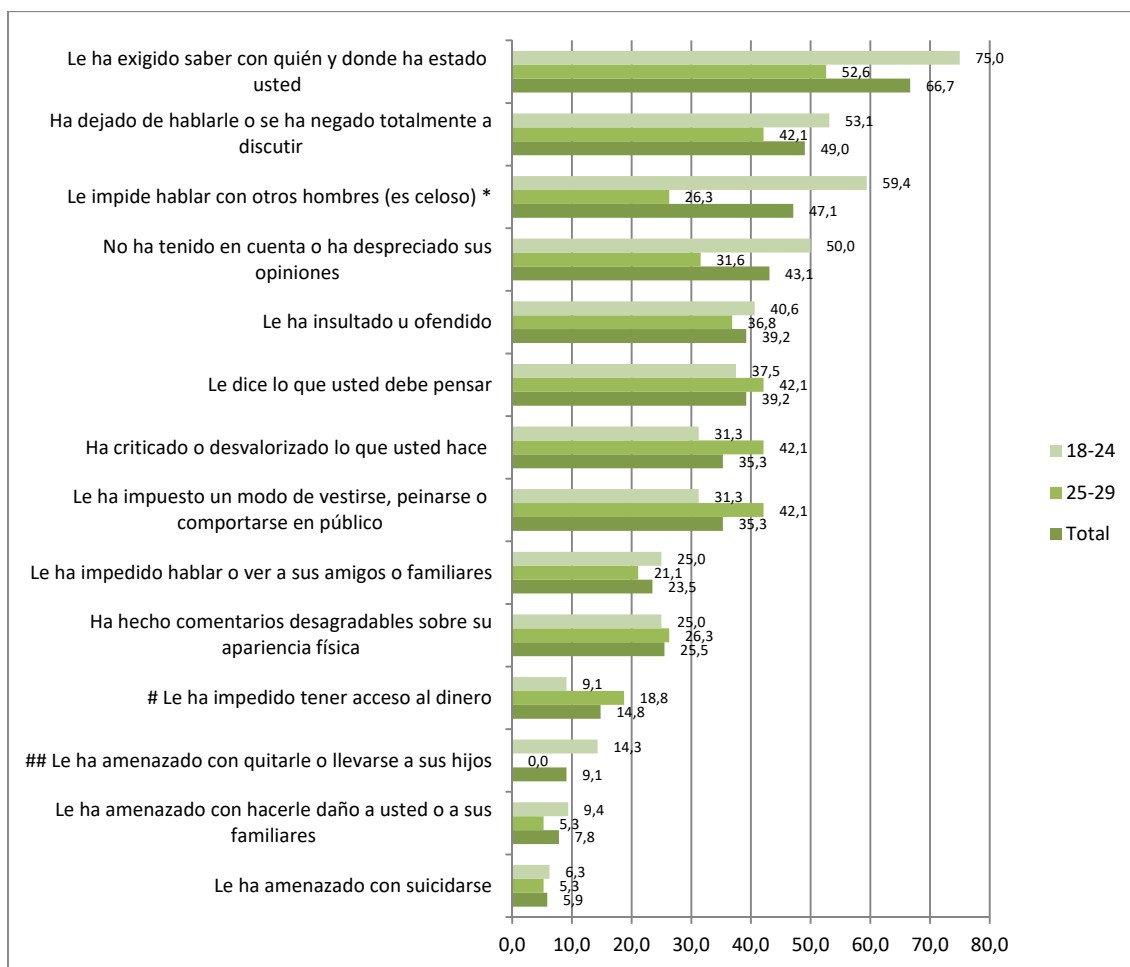
\*Violencia muy grave: 2 o más tipos de violencia o violencia física o sexual de repetición (2 o más veces)

En la figura 23 se aprecia la distribución de frecuencia de los comportamientos de violencia psicológica hacia las 51 mujeres que cumplieron los criterios de caso de VPM según grupos de edad (32 casos en el grupo de 18-24 años y 19 casos en el grupo de 25-29 años).

El 94,1% de las mujeres que cumplieron criterios de VPM refirieron al menos un acto de violencia psicológica. No se encontraron diferencias significativas ( $p=0,885$ ) según grupos de edad (93,8% para el grupo de 18-24 años y 94,7% para el grupo de 25-29 años).

Entre las mujeres que cumplieron criterios de caso de VPM, los comportamientos más frecuentemente declarados con una respuesta de “algunas veces”, “muchas veces” o “siempre” en el cuestionario de violencia psicológica corresponden a las preguntas: ‘Le ha exigido saber con quién y donde ha estado’ (66,7%), ‘Ha dejado de hablarle o se ha negado totalmente a discutir’ (49,0%), ‘Le impide hablar con otros hombres (es celoso)’ (47,1%), ‘No ha tenido en cuenta o ha despreciado sus opiniones’ (43,1%), ‘Le ha insultado u ofendido’ (39,2%), ‘Le dice lo que usted debe pensar’ (39,2%), ‘Ha criticado o desvalorizado lo que usted hace’ (35,3%), y ‘Le ha impuesto el modo de vestirse, peinarse o comportarse en público’ (35,3%). Al analizar estos comportamientos según grupos de edad, se encontraron diferencias significativas en la pregunta ‘Le impide hablar con otros hombres (es celoso)’ que fue más frecuente en el grupo de mujeres de 18-24 años (59,4%) frente a 26,3% en el grupo de 25-29 años. No hubo ninguna respuesta positiva a la pregunta ‘Le ha echado de casa o le ha impedido entrar en ella’. Entre las mujeres de 25-29 años tampoco hubo ninguna respuesta positiva a la pregunta ‘Le ha amenazado con quitarle o llevarse a sus hijos’.

**Figura 23. Distribución de frecuencias de los actos de violencia psicológica hacia las mujeres jóvenes que cumplen criterios de VPM según grupos de edad**



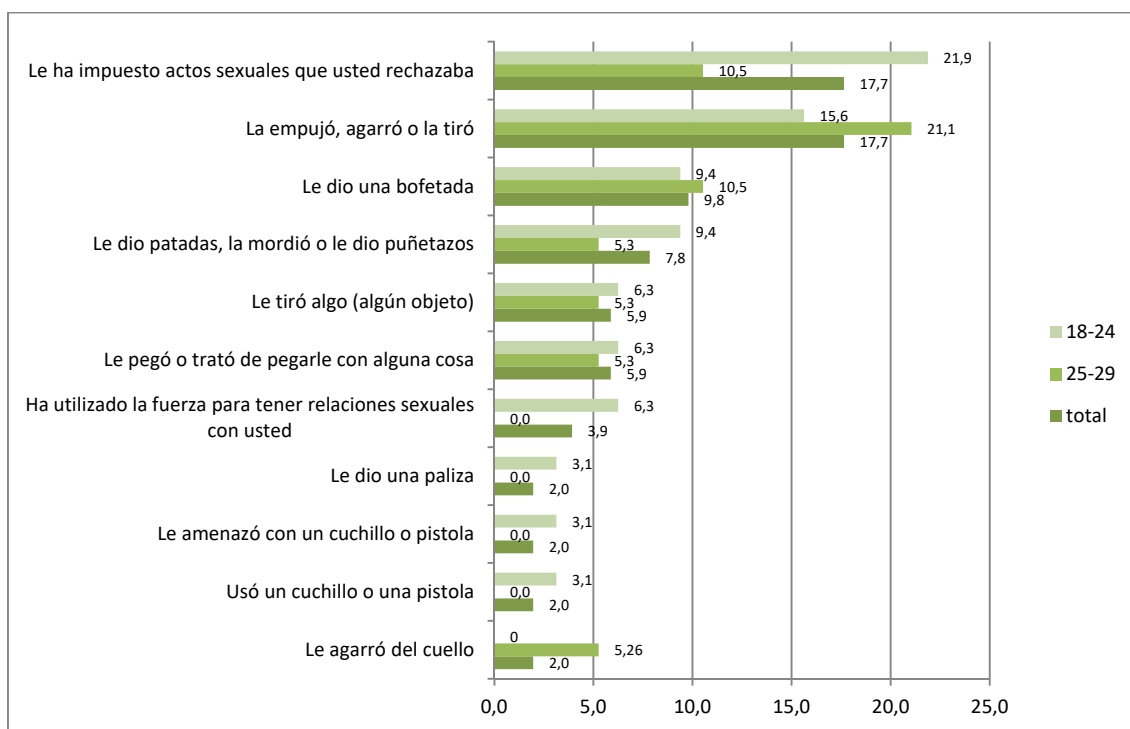
#Ítem preguntado solamente a las mujeres que conviven con sus parejas (Total:11; 18-24:7; 25-29:4)

## Ítem preguntado solamente a las mujeres que tenían hijos (Total: 27; 18-24:11; 25-29:16)

N=51 casos de VPM (18-24: 32 casos; 25-29: 19 casos)

Se identificaron 16 casos de violencia física y/o sexual (11 casos entre las mujeres de 18-24 años y 5 casos entre las mujeres de 25-29 años). La distribución de frecuencias de los actos de violencia físico y/o sexual entre las mujeres que cumplieron criterios de caso de VPM fueron: ‘La imposición de actos sexuales que la mujer rechazaba’ (17,7%) y ‘Empujar, agarrar o tirar a la pareja’ (17,7%). No se encontraron diferencias significativas según grupos de edad, algunos actos de violencia física solo fueron referidos por las mujeres de 18-24 años (figura 24).

**Figura 24. Distribución de frecuencias de los actos de violencia física y sexual hacia las mujeres jóvenes que cumplen criterios de caso de VPM según grupos de edad**



N=51 casos de VPM (18-24: 32 casos; 25-29: 19 casos)

### **6.2.3. Acoso y control a través de medios electrónicos**

Se realizaron dos preguntas que exploran el acoso y control a través de medios electrónicos. Las respuestas a estas preguntas se presentan en la tabla 38.

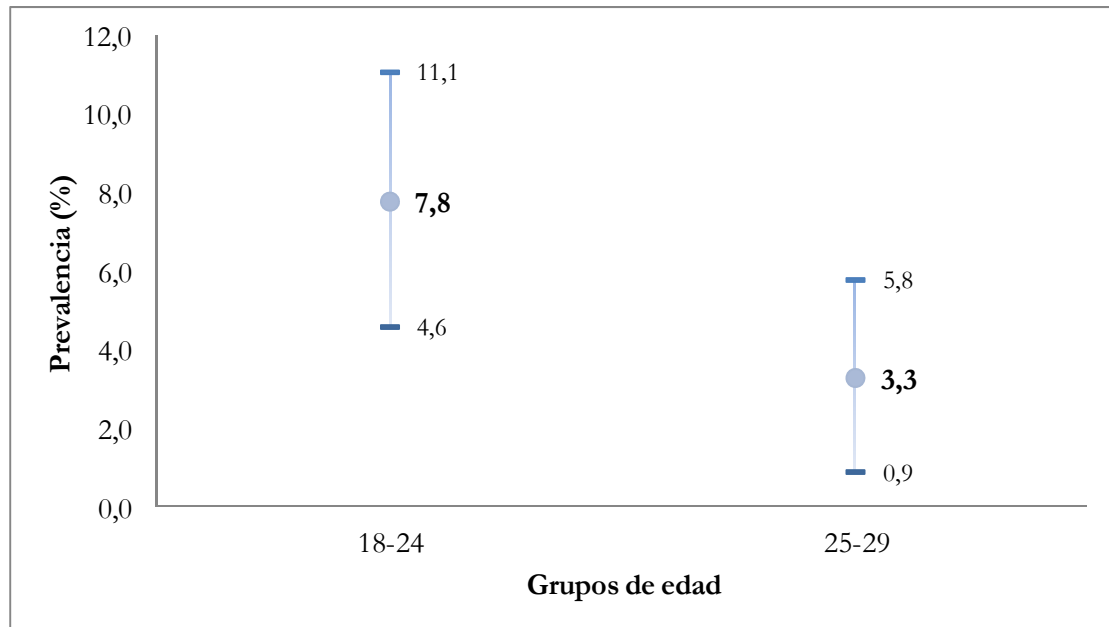
**Tabla 38. Respuesta a las preguntas de acoso y control a través de medios electrónicos en mujeres jóvenes**

	<b>Total 18-29 N=477</b>		<b>18-24 N=268</b>		<b>25-29 N=209</b>	
	<b>%</b>	<b>(IC95%)</b>	<b>%</b>	<b>(IC95%)</b>	<b>%</b>	<b>(IC95%)</b>
<b>Pregunta 1: acoso</b>						
<i>‘Se ha sentido acosada/agobiada a través de mensajes de móvil o de correo electrónico que él le envía/enviaba’</i>						
Nunca	94.8	(92.8-96.8)	92.5	(89.4-95.7)	97.6	(95.5-99.7)
Rara vez	1.9	(0.6-3.1)	2.2	(0.5-4.0)	1.4	(0.0-3.1)
Algunas veces	2.1	(0.8-3.4)	3.0	(0.9-5.0)	1.0	(0.0-2.3)
Muchas veces	0.4	(0.0-1.0)	0.8	(0.0-1.8)	0.0	-
Constantemente/ siempre	0.8	(0.0-1.7)	1.5	(0.0-3.0)	0.0	-
Nunca/rara vez	96.6	(95.0-98.3)	94.8	(92.1-97.5)	99.0	(97.7-100.0)
Algunas veces/Muchas veces/Constantemente siempre	3.4	(1.7-5.0)	5.2	(2.5-7.9)	1.0	(0.0-2.3)
<b>Pregunta 2: control</b>						
<i>‘Se ha sentido agobiada debido a que le controlaba las llamadas o mensajes del móvil o de su correo electrónico ’</i>						
Nunca	91.6	(89.1-94.1)	88.4	(84.6-92.3)	95.7	(92.9-98.5)
Rara vez	2.9	(1.4-4.5)	4.1	(1.7-6.5)	1.4	(0.0-3.1)
Algunas veces	3.6	(1.9-5.2)	4.1	(1.7-6.5)	2.9	(0.6-5.2)
Muchas veces	1.0	(0.1-2.0)	1.9	(0.2-3.5)	0.0	(-)
Constantemente/ siempre	0.8	(0.0-1.7)	1.5	(0.0-3.0)	0.0	(-)
Nunca/rara vez	94.5	(92.5-96.6)	92.5	(89.4-95.7)	97.1	(94.8-99.4)
Algunas veces/Muchas veces/Constantemente siempre	5.5	(3.4-7.5)	7.5	(4.3-10.6)	2.9	(0.6-5.2)

El 5,9% (IC95%:3,8-8,0) de las 477 mujeres de 18-29 años refirieron alguna conducta de acoso y control a través de medios electrónicos. En la figura 25 se presenta la prevalencia de acoso y control a través de medios electrónicos, se encontraron diferencias significativas según grupos de edad, siendo esta prevalencia más alta entre las mujeres de 18-24 años (7,8%).



**Figura 25. Prevalencia de acoso y control a través de medios electrónicos en mujeres jóvenes y según grupos de edad**



$p=0,039$

#### **6.2.4. Asociación entre VPM y acoso a través de medios electrónicos:**

En la tabla 39 se presenta la prevalencia de acoso y control a través de medios electrónicos según las principales variables de estudio. El acoso y control a través de medios electrónicos lo refirieron el 47,1% de las mujeres que cumplieron criterios de caso de VPM. El acoso y control a través de medios electrónicos se asociaron a VPM tanto de manera independiente  $OR_c: 1,59$  ( $IC_{95\%}: 1,50-1,67$ ) como al ajustar por las otras variables de estudio  $OR_a: 1,53$  ( $IC_{95\%}: 1,44-1,62$ ).

**Tabla 39. Asociación entre VPM y acoso y control a través de medios electrónicos en mujeres jóvenes**

	<b>Prevalencia</b> Acoso y control a través de medios electrónicos% <b>(IC95%)</b>	<b>ORc (IC95%)</b>	<b>p</b>	<b>ORa(IC95%)</b>	<b>p</b>
<b>VPM</b>					
No	0,9 (0,0-1,9)	1		1	
Sí	47,1 (33,2-60,9)	<b>1,59 (1,50-1,67)</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>1,53 (1,44-1,62)</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Edad</b>					
25-29	3,3 (0,9-5,8)	1		1	
18-24	7,8 (4,6-11,1)	<b>1,05 (1,00-1,09)</b>	<b>0,038</b>	1,02 (0,98-1,06)	0,375
<b>Lugar de nacimiento</b>					
España	5,6 (3,2-8,0)	1		1	
Fuera de España	6,7 (22,2-11,2)	1,01 (0,96-1,06)	0,668	<b>0,95 (0,91-1,00)</b>	<b>0,036</b>
<b>Zona</b>					
Madrid municipio	7,2 (3,8-10,6)	1		1	
Madrid corona	3,2 (0,9-5,6)	0,96 (0,92-1,00)	0,075	0,97 (0,93-1,00)	0,067
Madrid municipios <10.000 hab.	13,9 (2,4-25,4)	1,07 (0,98-1,16)	0,110	1,01 (0,94-1,07)	0,860
<b>Nivel de estudios</b>					
Alto	1,4 (0,0-3,4)	1		1	
Medio alto	8,6 (4,1-13,0)	<b>1,07 (1,02-1,13)</b>	<b>0,009</b>	<b>1,05 (1,00-1,10)</b>	<b>0,024</b>
Medio bajo	8,9 (3,8-13,9)	<b>1,08 (1,02-1,14)</b>	<b>0,010</b>	<b>1,06 (1,01-1,11)</b>	<b>0,013</b>
Bajo	3,4 (0,0-8,2)	1,02 (0,95-1,10)	0,581	1,02 (0,96-1,09)	0,495
<b>Actividad principal</b>					
Trabaja	4,7 (2,0-7,5)	1		1	
Parada	5,5 (1,2-9,7)	1,01 (0,95-1,06)	0,788	0,99 (0,95-1,04)	0,743
Estudiante	7,8 (2,6-13,1)	1,03 (0,98-1,10)	0,264	1,01 (0,96-1,06)	0,754
Ama de casa	9,4 (0,0-19,7)	1,04 (0,96-1,14)	0,295	1,03 (0,96-1,11)	0,393
<b>Tipo de relación</b>					
Pareja	2,5 (1,0-4,1)	1		1	
Expareja	21,9 (12,9-31,0)	<b>1,21 (1,15-1,28)</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>1,08 (1,03-1,13)</b>	<b>0,001</b>
<b>Convivencia</b>					
No convive	5,5 (2,8-8,1)	1		1	
Convive	6,5 (2,9-10,1)	1,01(0,97-1,06)	0,632	1,00(0,96-1,04)	0,975
<b>Hijos en el hogar</b>					
No tienen hijos	5,6 (3,3-7,8)	1		1	
Sí tienen hijos	7,3 (1,6-1,3)	1,02(0,96-1,08)	0,541	1,03(0,98-1,09)	0,249

#### **6.2.5. Acoso y control a través de medios electrónicos como cribado de VPM**

Los índices de validez de estas preguntas de acoso y control a través de medios electrónicos se presentan en la tabla 40. La sensibilidad o la probabilidad de clasificar correctamente a un caso de VPM con las preguntas de acoso y control a través de medios electrónicos fue de 47,1%. Según grupos de edad, destaca el valor más alto en el grupo de 18-24 años con un 62,5%.

La especificidad o probabilidad de clasificar correctamente a una mujer sin VPM utilizando estas preguntas fue del 99,1%. Al igual que al analizar la sensibilidad, los valores más altos se encontraron en el grupo de 18-24 años (99,6%).

El valor predictivo positivo o probabilidad de ser un caso VPM tras haber obtenido una puntuación positiva a las preguntas de acoso y control a través de medios electrónicos fue 85,7%. Según grupos de edad destaca el 92,5% que encontramos entre las mujeres de 18-24 años.

El valor predictivo negativo o la probabilidad de que una mujer con un resultado negativo a estas preguntas no cumpla criterios de VPM fue 94,0%, y el valor más alto se fue para el grupo de 18-24 años un 95,1%.

El cociente de probabilidades positivo en las mujeres mejores de 30 fue de 50,12, es decir un resultado positivo a las preguntas de acoso y control de medios electrónicos entre las mujeres con VPM es cerca de 50 veces más probable que entre mujeres sin VPM. Según grupos de edad este valor fue más alto se encontró para el grupo de mujeres de 18-24 años (147,50).

El cociente de probabilidad negativo inverso fue de 1,9 lo cual nos indica, que tener un resultado negativo entre las mujeres sin VPM fue 1,90 veces más frecuente que encontrar un resultado negativo entre las mujeres con VPM. Según grupos de edad se obtuvieron los mejores resultados en las mujeres de 18-24 años (2,63).

La eficiencia global del test o la probabilidad de clasificar correctamente un caso fue de 93,5%, los valores más altos se encontraron entre las mujeres de 18-24 años (95,1%).

**Tabla 40. Índices de validez de las preguntas de acoso y control a través de medios electrónicos en mujeres jóvenes y según grupos de edad**

	<b>18-29</b> N=477		<b>18-24</b> N=268		<b>25-29</b> N=209	
	<b>%</b>	<b>(IC95%)</b>	<b>%</b>	<b>(IC95%)</b>	<b>%</b>	<b>(IC95%)</b>
Casos positivo	5,9	(19,7-27,3)	7,8	(4,6-11,1)	3,3	(0,9-5,8)
Sensibilidad	47,1	(33,2-60,9)	62,5	(45,4-79,6)	21,1	(2,1-40,0)
Especificidad	99,1	(98,2-100,0)	99,6	(98,7-100,0)	98,4	(96,6-100,0)
Valor Predictivo Positivo	85,7	(72,5-98,9)	95,2	(85,9-100,0)	57,1	(17,3-97,0)
Valor Predictivo Negativo	94,0	(91,8-96,2)	95,1	(92,4-97,8)	92,6	(88,9-96,2)
Cociente de probabilidades positivo	50,12		147,50		13,33	
Cociente de probabilidades negativo	0,53		0,38		0,80	
Cociente de probabilidades negativo*	1,90		2,63		1,25	
Eficiencia global del test	93,5	(91,3-96,7)	95,1	(92,6-97,7)	91,4	(87,6-95,2)

Utilizando el cuestionario WAST en mujeres jóvenes se encontró un 23,5% de casos positivos según criterio 1 de puntuación, según grupos de edad, este porcentaje fue más alto en el grupo de 18-24 años (24,3%). Con el criterio 2 de puntuación se encontró un 13,6% de casos positivos, siendo el porcentaje más alto en las mujeres de 18-24 años (14,2%). Los índices de validez para cada uno de los dos criterios de puntuación del WAST y según grupos de edad se presentan en la tabla 41.

Según el criterio 1 de puntuación, la sensibilidad fue de 58,8%. Según grupos de edad, destaca el valor más alto en el grupo de 24-29 años con un 63,2%. La especificidad fue del 80,8% y según grupos de edad algo mayor en el grupo de 25-29 años (81,6%). El valor predictivo positivo fue de 26,8% y según grupos de edad destaca el 27,7% en mujeres de 18-24 años. El valor predictivo negativo fue 94,2%, y el valor más alto fue para el grupo de 25-29 años (95,7%). El cociente de probabilidades positivo fue de 3,6 y más alto para el grupo de 25-29 años (3,42). La inversa del cociente de probabilidad negativo fue 1,96, y más alto en el grupo de 25-29 años. La eficiencia global del test según este criterio de puntuación fue de 78,4% y el porcentaje más alto se encontró entre mujeres de 25-29 años (79,9%).

Según el criterio 2 de puntuación, la sensibilidad fue de 41,2, según grupos de edad, destaca el valor más alto en el grupo de 18-24 años con un 43,8%. La especificidad fue del 89,7% y según grupos de edad algo mayor en el grupo de 18-24 años (89,8%). El valor predictivo positivo fue de 32,3% y según grupos de edad

destaca el 36,8% en mujeres de 18-24 años. El valor predictivo negativo fue 92,7%, y el valor más alto se fue para el grupo de 25-29 años (93,5%). El cociente de probabilidades positivo fue de 3,99 y más alto para el grupo de 18-24 años (3,30). La inversa del cociente de probabilidad negativo fue 1,54, y más alto en el grupo de 18-24 años (1,59). La eficiencia global del test según este criterio de puntuación fue de 84,5% y el porcentaje más alto se encontró entre mujeres de 25-29 años (84,7%).

**Tabla 41. Índices de validez del WAST según los dos criterios de puntuación en mujeres jóvenes y según grupos de edad**

	<b>18-29</b> N=477		<b>18-24</b> N=268		<b>25-29</b> N=209	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)
<b>WAST: positivos según Criterio 1 de puntuación</b>						
Casos positivo	23,5	(19,7-27,3)	24,3	(19,1-29,4)	22,5	(16,8-28,2)
Sensibilidad	58,8	(45,1-72,5)	56,3	(38,7-77,8)	63,2	(40,7-85,6)
Especificidad	80,8	(77,0-84,5)	80,1	(75,0-85,2)	81,6	(76,0-87,1)
Valor Predictivo Positivo	26,8	(18,5-35,0)	27,7	(16,7-38,7)	25,5	(12,9-38,2)
Valor Predictivo Negativo	94,2	(91,8-96,6)	93,1	(89,6-96,6)	95,7	(92,5-98,8)
Cociente de probabilidades positivo	3,06		2,82		3,42	
Cociente de probabilidades negativo	0,51		0,55		0,45	
Cociente de probabilidades negativo*	1,96		1,82		2,22	
Eficiencia global del test	78,4	(74,7-82,1)	77,2	(72,2-82,3)	79,9	(74,4-85,4)
<b>WAST: positivos según Criterio 2 de puntuación</b>						
Casos positivo	13,6	(10,5-16,7)	14,2	(10,0-18,4)	12,9	(8,3-17,5)
Sensibilidad	41,2	(27,5-54,9)	43,8	(26,2-61,3)	36,8	(14,4-59,3)
Especificidad	89,7	(86,8-92,6)	89,8	(85,9-93,7)	89,5	(85,1-93,9)
Valor Predictivo Positivo	32,3	(20,8-43,8)	36,8	(21,1-52,5)	25,9	(9,0-42,9)
Valor Predictivo Negativo	92,7	(90,2-95,2)	92,2	(88,7-95,7)	93,4	(89,8-97,0)
Cociente de probabilidades positivo	3,99		4,30		3,50	
Cociente de probabilidades negativo	0,65		0,63		0,71	
Cociente de probabilidades negativo*	1,54		1,59		1,41	
Eficiencia global del test	84,5	(81,2-87,7)	84,3	(79,9-88,7)	84,7	(79,8-89,6)

**Comparativa entre WAST y acoso y control a través de medios electrónicos  
como cuestionario de cribado de VPM en mujeres jóvenes**

Para el grupo de 18-29 años, los índices de las preguntas de acoso y control a través de medios electrónicos: especificidad (99,1%), valor predictivo negativo (85,7%), cociente de probabilidades positivo (50,12) y el porcentaje de sujetos correctamente clasificados (93,5%) fueron mejores que WAST (tanto siguiendo el criterio 1 como el criterio 2 de puntuación).

Entre las mujeres de este grupo de edad, la sensibilidad más alta se encontró utilizando el criterio 1 de puntuación del WAST (58%), este porcentaje fue superior a la sensibilidad de WAST según criterio 2 de puntuación (41,2%) y a la sensibilidad de las preguntas de acoso y control a través de medios electrónicos (47,1%).

Al comparar los índices de validez de estos cuestionarios para el grupo de 18-24 años, encontramos que los mejores índices de validez se obtienen con las preguntas de acoso y control a través de medios electrónicos. Llama especialmente la atención la sensibilidad 62,5%, la especificidad 99,6%, el valor predictivo positivo 95,2%, el valor predictivo negativo 95,1% así como el 95,1% de mujeres correctamente clasificadas.

Para el grupo de mujeres de 25-29 años, los mejores índices de validez se encontraron distribuidos según criterio 2 de puntuación del WAST y las preguntas de acoso y control de medios electrónicos. La sensibilidad (63,2%) y el valor predictivo negativo (95,7%) fueron más altos para el WAST siguiendo el criterio 2 de puntuación y la especificidad (98,4%), el valor predictivo positivo (57,1%) y la eficiencia global del test (91,4%) fueron más altos para las preguntas de acoso y control a través de medios electrónicos.

### **6.3. Discusión**

#### **6.3.1. Acoso y control a través de medios electrónicos en jóvenes**

Entre las mujeres de 18-29 años, las conductas de acoso y control a través de medios electrónicos estuvieron presentes en un 6%. Este porcentaje es del 47% de las

cuando las mujeres cumplieron criterios de VPM. Las mujeres de 18-29 años que cumplieron criterios de caso de VPM presentaron un 53% más de riesgo de acoso y control a través de medios electrónicos comparado con las mujeres que no cumplieron criterios de caso de VPM al ajustar por variables de confusión.

Los índices de validez de estas preguntas de acoso y control a través de medios electrónicos como cribado de VPM fueron superiores en especificidad, VPP, CPP y eficiencia global del test comparado con el criterio 1 de puntuación de WAST y superiores en todos los índices al compararlo con el criterio 2 de puntuación de WAST. Se encontraron mejores resultados al estudiar el subgrupo de menor edad (18-24 años), en ellas las conductas de acoso y control a través de medios electrónicos estuvieron presentes en un 7,8% y los índices de validez destacados fueron: sensibilidad 62,5%; especificidad 99,6%; VPP 95,2% y eficiencia global del test: 95,15% .

#### **Características de la VPM según grupos de edad**

En cuanto a la violencia según grupos de edad, no se encontraron diferencias significativas al comparar el grupo de 18-24 y 25-29 años (11,9% y 9,1% respectivamente), pese a esto, la violencia físico sexual entre las mujeres de 18-24 años fue cerca del doble de las mujeres de 25-29 años (4,1% vs 2,4% respectivamente); siendo las conductas más frecuentes las de imposición de actos sexuales que las mujeres rechazaban y empujar, agarrar o tirar a la pareja. Los comportamientos de violencia psicológica fueron los más frecuentes (7,8% y 6,7%) y se encontraron significativamente más conductas de control entre las de 18-24 años.

En el estudio de Muñoz-Rivas y col. en el que estudian la tipología de agresiones en las relaciones de pareja en una muestra de universitarios de 18-27 años, encontraron que existen actos de agresividad en las relaciones de pareja de estos jóvenes, y que son utilizados como una forma de resolver los conflictos que surgen con la pareja, siendo más frecuentes las agresiones psicológicas (fundamentalmente agresiones verbales), conductas de celos y tácticas de control, las cuales se pueden considerar más normalizadas en comparación con las agresiones físicas. En relación a las consecuencias de la violencia física, encontraron que las consecuencias más se produjeron en mujeres<sup>127</sup>.

En cuanto a los motivos que originan las discusiones entre las parejas de jóvenes, destacan la insatisfacción con la pareja, los celos y la intención de finalizar la relación, este último fue el motivo significativamente más frecuente referido por los chicos<sup>128</sup>; también se ha descrito que una de las motivaciones de los chicos para utilizar la violencia es la necesidad de ejercer el control<sup>129</sup> y como consecuencia de estas discusiones se produce un deterioro psicológico, el cuál es más frecuente en mujeres.<sup>128</sup>

### **Control y acoso a través del móvil y correo electrónico**

En nuestro estudio encontramos que los medios electrónicos son utilizados como un instrumento más para ejercer el control así como para el acoso, estas conductas estuvieron presentes en un 30% entre las mujeres VPM, y llega a estar presente en el 60% cuando hablamos de mujeres de 18-24 años. En el estudio de Marganski y Melander que exploran la extensión de la victimización a través de las ciber-agresiones en las relaciones de pareja y la coocurrencia de violencia psicológica física y sexual en estudiantes, encontraron que estas conductas estuvieron presentes en cerca del 75% de los jóvenes, quienes además reportaron violencia de parte de sus parejas en los últimos 12 meses<sup>130</sup>.

En el estudio de Dick y col. en jóvenes de 14 y 19 años que acuden a centros de salud escolares, encontraron que en los tres meses previos a la consulta, un 41% refirió ser víctima de abuso de pareja a través de medios electrónicos<sup>131</sup>. También Peskin y col., en su investigación en una minoría étnica de jóvenes, encontró que estas conductas de abuso de pareja a través de medios electrónicos estuvieron presentes en cerca del 15% de jóvenes encuestados, y de los factores individuales que estuvieron asociados a este acoso identificaron: la normalización de la violencia de los chicos hacia las chicas, tener una pareja en la actualidad, así como participar en actos de *bullying*.<sup>132</sup>

En la investigación de Zweig y col que estudia la extensión del abuso de pareja a través de las nuevas tecnologías, reportaron que un 25% de jóvenes experimentaron alguna forma de abuso a través de estos medios tecnológicos, en este estudio las mujeres son las que reportan un mayor porcentaje de ciber-abuso, siendo aquellos relacionados con contenido sexual los más frecuentes.<sup>101</sup>



En nuestro estudio encontramos que en menores de 30 años, las mujeres con VPM tuvieron un 53% más de riesgo de acoso a través de medios electrónicos comparado con las mujeres sin VPM al ajustar por variables de confusión. En el estudio de Dick y col., al estudiar a población de menor edad que la nuestra, encontraron que ser víctima de abuso de pareja a través de medios electrónicos se asoció con violencia física y sexual con un OR 2,8 y así como también con agresiones sexuales por parte de otra persona que no fuera la expareja<sup>131</sup>. Marganski y Melander en el análisis multivariado que realizan también encuentran asociación del acoso a través de medios electrónicos con otras conductas de violencia de pareja<sup>130</sup>.

Estas preguntas de acoso y control a través de medios electrónicos están asociadas a VPM con un porcentaje alto en mujeres jóvenes (53%) por lo que por su elevada frecuencia podría valorarse su inclusión como parte de la definición de caso de VPM; asimismo utilizarse también como cuestionario de cribado de violencia especialmente en mujeres de 18-24 años.

### **6.3.2. Limitaciones**

Las preguntas de acoso y control a través de medios electrónicos han sido preguntas que se elaboraron ad-hoc y como exploratorio del acoso y control a través de medios electrónicos.

### **6.3.3. Aportaciones**

Se cuantifica la prevalencia de estas conductas en una muestra poblacional y se comprueba su especial relevancia en jóvenes, donde se ha corroborado su asociación con violencia de pareja hacia las mujeres. Al realizar un análisis exploratorio de los índices de validez de estas preguntas como cuestionario de cribado de violencia se verificó su utilidad la cual es especialmente relevante en mujeres jóvenes.

Estas preguntas se han incluido en el SIVFRENT dirigido a población juvenil en el año 2017 y se podría estudiar la posibilidad de utilizarla como cuestionarios de cribado de violencia en mujeres jóvenes, colectivo especialmente vulnerable a la violencia y en el que hemos visto que presenta mejores valores predictivos positivos comparados con WAST.

Sería necesario continuar la investigación en población juvenil especialmente en lo relacionado al desarrollo de instrumentos de cribado que incluyan preguntas relacionadas con el uso de nuevas tecnologías y redes sociales ya que constituye un instrumento más para ejercer violencia.

**CONCLUSIONES**

## 7. Conclusiones

### *Vigilancia de violencia de pareja hacia las mujeres*

1. En la Comunidad de Madrid en 2014, la prevalencia de violencia de pareja hacia las mujeres, en los 12 meses anteriores a la encuesta fue de 7,6%. Al analizar la prevalencia según grupos de edad, llama especialmente la atención que el porcentaje más alto se encuentra en mujeres de 18-29 años, por lo que es necesario reforzar medidas de sensibilización y prevención en violencia de género.

### *Resiliencia y violencia de pareja hacia las mujeres*

2. La mediana de la puntuación de resiliencia en mujeres residentes de la Comunidad de Madrid con una relación de pareja actual o contacto con expareja, utilizando el cuestionario CD-RISC-10 fue de 32 (RIC: 27-36). Estas puntuaciones son superiores a las descritas en otros estudios realizados en España en otros entornos como población universitaria, población adulta mayor o con otras patologías.
3. Nuestra investigación confirma la hipótesis respecto a que resiliencia es una variable asociada de forma inversa a VPM; sin embargo esto sería válido cuando se explora una relación con una pareja actual, donde las mujeres con baja resiliencia presentaron un riesgo de VPM tres veces superior a las mujeres con alta resiliencia. Por lo que promover resiliencia, entendida como una característica positiva de la personalidad, podría jugar un papel protector frente a VPM.
4. Entre las mujeres en las que se estudió una relación con una expareja, no se encontró asociación entre VPM y resiliencia. Esto nos podría estar sugiriendo que estas mujeres finalizaron la relación y se encuentran en una fase de recuperación. Las puntuaciones de resiliencia entre los casos de VPM de expareja fueron superiores a las puntuaciones de resiliencia entre los casos de VPM de pareja actual.

### ***Cuestionario de cribado de violencia***

5. La versión reducida del cuestionario WAST presentó índices de validez aceptables para ser utilizados como cuestionario de cribado de violencia. Recomendamos utilizar el criterio 2 de puntuación en la estimación de prevalencia ya que eficiencia global del test fue de 88,8%; y utilizar el criterio 1 de puntuación cuando se utilice como cuestionario de cribado en entornos sanitarios y no sanitarios ya que presentó una sensibilidad de 67,3%.
6. Al analizar los índices de validez del WAST según grupos de edad se encontró que presenta los mejores índices en mujeres de 30 años o más. Es necesario desarrollar otros instrumentos de cribado que puedan adaptarse a mujeres jóvenes.

### ***Nuevas formas de violencia en mujeres jóvenes***

7. Las conductas de acoso y control a través de medios electrónicos se encontraron presentes en un 5,9% de mujeres de 18-29 años y se encontraron asociadas a VPM en un 47,1% de los casos. Los medios electrónicos constituyen un instrumento a través del cual se puede ejercer la VPM por lo que es necesario continuar la investigación de estas nuevas tecnologías y valorar su inclusión en cuestionarios de VPM.
8. En mujeres de 18-24 años, los índices de validez de estas preguntas fueron superiores a WAST, destacando la sensibilidad de 62,5% así como el valor predictivo positivo de 95,2% por lo que podrían utilizarse como cuestionarios de cribado en mujeres jóvenes.

## BIBLIOGRAFÍA

## BIBLIOGRAFÍA

1. Slater JM, Guthrie BJ, Boyd CJ. A feminist theoretical approach to understanding health of adolescent females. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med* 2001; 28: 443–449.
2. Lorente-Acosta M. Violencia de género, educación y socialización: acciones y reacciones. *Revista de Educación* 2007; 342: 19-35.
3. Lorente-Acosta M. Los nuevos hombres nuevos. Los miedos de siempre en tiempos de igualdad. 1º ed. Barcelona: Destino; 2009.
4. Ellsberg M, Heise L. Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Research and Activists. Washington DC, United States: World Health Organization, PATH; 2015.
5. Naciones Unidas. *World Conference of the International Women's Year Mexico City*. México; 1975.  
<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/mexico.html> (accessed 21 March 2017).
6. Naciones Unidas. *Fourth World Conference on Women*. Beijing; 1995.  
<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/fwcwn.html> (accessed 21 March 2017).
7. Naciones Unidas. *World Conference of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace*. Copenhagen; 1980.  
<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/copenhagen.html> (accessed 21 March 2017).
8. Naciones Unidas. *World Conference to review and appraise the achievements of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace*. Nairobi; 1985.  
<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/nairobi.html> (accessed 21 March 2017).
9. Naciones Unidas. *Beijing +5 - Women 2000: Gender Equality, Development and Peace for the 21st Century Twenty-third special session of the General Assembly*. Beijing; 2000  
<http://www.un.org/womenwatch/daw/followup/beijing+5.htm> (accessed 21 March 2017).
10. Naciones Unidas. *Ten-year Review and Appraisal of the implementation of the Beijing Declaration and Platform for Action and the outcome of the twenty-third*

*special session of the General Assembly held during the forty-ninth session of the CSW*. Nueva York; 2005.

<http://www.un.org/womenwatch/daw/Review/english/49sess.htm> (accessed 21 March 2017).

11. Naciones Unidas. *15-year review of the implementation of the Beijing Declaration and Platform for Action*. Nueva York; 1995.

<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing15/index.html> (accessed 21 March 2017).

12. Naciones Unidas. *Beijing+20*. Nueva York; 2015.

<http://www.unwomen.org/en/csw/csw59-2015> (accessed 21 March 2017).

13. Unión Europea. Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo, de 20 de noviembre de 1996, sobre la trata de mujeres con fines de explotación sexual.

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=URISERV:l33095> (accessed 23 February 2017).

14. Consejo Europeo. Recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros sobre la Protección de la Mujer contra la Violencia, de 30 Abril de 2002.

[https://search.coe.int/cm/Pages/result\\_details.aspx?ObjectID=09000016805e2612](https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805e2612) (accessed 23 February 2017).

15. Unión Europea. Directrices de la UE sobre la violencia contra las mujeres y la lucha contra todas las formas de discriminación contra ellas, Consejo de Asuntos Generales de 8 de diciembre de 2008.

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=URISERV%3Adh0003> (accessed 24 February 2017).

16. Unión Europea. Directiva 2011/99/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 13 de diciembre de 2011 sobre la orden europea de protección.

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32011L0099> (accessed 24 February 2017).

17. Consejo Europeo. Convención sobre la prevención y la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Estambul; 2011.

<http://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/home> (accessed 24 February 2017).



18. Unión Europea. Decision No 293/2000/EC of the European Parliament and of the Council of 24 January 2000 adopting a programme of Community action (the Daphne programme) (2000 to 2003) on preventive measures to fight violence against children, young persons and women  
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32000D0293>  
(accessed 24 February 2017).
19. Unión Europea. Decisión 803/2004/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de abril de 2004, por la que se aprueba un programa de acción comunitario (2004-2008) para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre los niños, los jóvenes y las mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo  
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=URISERV:l33299> (accessed 24 February 2017).
20. Unión Europea. Decisión 779/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo del 20 de junio de 2007, por el que se aprueba el Programa Daphne III.  
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A32007D0779>  
(accessed 24 February 2017).
21. Unión Europea. Reglamento (UE) No 1381/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo de 17 de diciembre de 2013 por el que se establece el programa «Derechos, Igualdad y Ciudadanía» para el período de 2014 a 2020.  
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A32013R1381>  
(accessed 24 February 2017).
22. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan integral de lucha contra la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual. 2015-2018.  
<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/planActuacion/planContraExplotacionSexual/home.htm> (accessed 24 February 2017).
23. España. Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica. Boletín Oficial del Estado, núm. 183, de 1 de agosto de 2003, pp. 29881-29883.  
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-15411> (accessed 25 February 2017).
24. España. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, núm. 313, del 29 de diciembre de 2004.

- <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760> (accessed 24 February 2017).
25. España. BOE.es - Documento BOE-A-2007-6115. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, num 71, de 23 de marzo de 2007, pp 12611 a12645.  
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-6115> (accessed 25 February 2017).
26. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan nacional de sensibilización y prevención de la violencia de género (2007-2008).  
<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/planActuacion/otrasMedidas/home.htm> (accessed 21 March 2017).
27. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud (2012).  
<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/protocolos/home.htm> (accessed 25 February 2017).
28. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016.  
<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/planActuacion/estrategiaNacional/home.htm> (accessed 24 February 2017).
29. Análisis de la legislación autonómica sobre violencia de género. Rafael Cabrera Mercado y María José Carazo Liébana NIPO:800 10 022 6. Ministerio de Igualdad. Subdirección General de Cooperación y Relaciones Institucionales. 5 Colección contra la violencia de género. Documentos.
30. Comunidad de Madrid. Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid.  
[http://www.madrid.org/wleg\\_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf;jsessionid=B9F9ACDEEA37846114E9D67EC0FEF850.p0313335?opcion=VerHtml&nmnorma=3351&cdestado=P#no-back-button](http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf;jsessionid=B9F9ACDEEA37846114E9D67EC0FEF850.p0313335?opcion=VerHtml&nmnorma=3351&cdestado=P#no-back-button) (accessed 21 March 2017).
31. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet Lond Engl* 2002; 359: 1423–1429.

32. Tilley DS, Brackley M. Men who batter intimate partners: a grounded theory study of the development of male violence in intimate partner relationships. *Issues Ment Health Nurs* 2005; 26: 281–297.
33. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington. 2002; p:96-131.
34. Coker AL, Smith PH, Bethea L, et al. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med* 2000; 9: 451–457.
35. Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Primaria* 2004; 34: 117–124.
36. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, et al. The ‘battering syndrome’: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med* 1995; 123: 737–746.
37. Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, et al. Intimate partner violence and women’s physical, mental, and social functioning. *Am J Prev Med* 2006; 30: 458–466.
38. Bonomi AE, Glass N. Global WHO survey: poor physical and mental health more prevalent among women who have experienced intimate partner violence. *Evid Based Ment Health* 2008; 11: 128.
39. Sonogo M, Gandarillas A, Zorrilla B, et al. Unperceived intimate partner violence and women’s health. *Gac Sanit* 2013; 27: 440–446.
40. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, et al. Violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit* 2004; 18 Suppl 1: 182–188.
41. Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. The long-term effects of battering on women’s health. *Womens Health Hillsdale NJ* 1998; 4: 41–70.
42. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, et al. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health Serv Res* 2009; 44: 1052–1067.
43. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid. 2004.

44. Mayoral Cortes JM, Aragonés Sanz N, Godoy P, et al. Las enfermedades crónicas como prioridad de la vigilancia de la salud pública en España. *Gac Sanit* 2016; 30: 154–157.
45. Organización Mundial de la Salud. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Switzerland. 2005.  
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>  
(accessed 25 February 2017).
46. European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey. Main results report. 2014.  
<http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report> (accessed 26 February 2017).
47. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015.  
<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2015/home.htm> (accessed 26 February 2017).
48. Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas de violencia doméstica y violencia de género. Nota de Prensa del 31 de mayo de 2017. EVDVG-Año 2016 (23/23)  
[http://www.ine.es/prensa/evdvg\\_2016.pdf](http://www.ine.es/prensa/evdvg_2016.pdf)
49. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ficha estadística de víctimas mortales por Violencia de Género. Año 2017.  
[http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/VMortales\\_2017\\_06\\_15.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/VMortales_2017_06_15.pdf)
50. Real Academia de la lengua española. *Resiliencia*.  
<http://dle.rae.es/?id=WA5onlw> (accessed 26 February 2017).
51. Garmezy N. Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatr Ann* 1991; 20: 459–460, 463–466.
52. Rutter M. Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. *Ann Acad Med Singapore* 1979; 8: 324–338.
53. Southwick SM, Bonanno GA, Masten AS, et al. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *Eur J Psychotraumatology*; 5. Epub ahead of print 2014. DOI: 10.3402/ejpt.v5.25338.
54. Stewart, D. Research Brief: Resilience and Mental Health Outcomes. PreVAiL: Preventing Violence Across the Lifespan Research Network. London,. 2010.

- <http://prevailresearch.ca/> (accessed 26 February 2017).
55. Aburn G, Gott M, Hoare K. What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. *J Adv Nurs* 2016; 72: 980–1000.
  56. Feder A, Nestler EJ, Charney DS. Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nat Rev Neurosci* 2009; 10: 446–457.
  57. Hermans EJ, Fernández G. Heterogeneity of cognitive-neurobiological determinants of resilience. *Behav Brain Sci* 2015; 38: e103.
  58. Gillespie CF, Phifer J, Bradley B, et al. Risk and resilience: genetic and environmental influences on development of the stress response. *Depress Anxiety* 2009; 26: 984–992.
  59. New AS, Fan J, Murrough JW, et al. A functional magnetic resonance imaging study of deliberate emotion regulation in resilience and posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 2009; 66: 656–664.
  60. Rusch HL, Shvil E, Szanton SL, et al. Determinants of psychological resistance and recovery among women exposed to assaultive trauma. *Brain Behav*; 5. Epub ahead of print April 2015. DOI: 10.1002/brb3.322.
  61. Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL, et al. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *J Pers Soc Psychol* 2006; 91: 730–749.
  62. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol* 2001; 56: 218–226.
  63. Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS. The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1: 255–291.
  64. Masten AS. Ordinary magic. Resilience processes in development. *Am Psychol* 2001; 56: 227–238.
  65. Cosco TD, Kaushal A, Hardy R, et al. Operationalising resilience in longitudinal studies: a systematic review of methodological approaches. *J Epidemiol Community Health*. Epub ahead of print 8 August 2016. DOI: 10.1136/jech-2015-206980.
  66. Windle G, Bennett KM, Noyes J. A methodological review of resilience measurement scales. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9: 8.
  67. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003; 18: 76–82.

68. Notario-Pacheco B, Solera-Martínez M, Serrano-Parra MD, et al. Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9: 63.
69. Dolores Serrano-Parra M, Garrido-Abejar M, Notario-Pacheco B, et al. Validez de la escala de resiliencia de Connor-Davidson(10 ítems) en una población de mayores no institucionalizados. *Enfermería Clin* 2013; 23: 14–21.
70. Notario-Pacheco B, Martínez-Vizcaíno V, Trillo-Calvo E, et al. Validity and reliability of the Spanish version of the 10-item CD-RISC in patients with fibromyalgia. *Health Qual Life Outcomes* 2014; 12: 14.
71. Wang L, Shi Z, Zhang Y, et al. Psychometric properties of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale in Chinese earthquake victims. *Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 64: 499–504.
72. Yu P, Zhang J. Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) with Chinese people. *Soc Behav Personal* 2007; 35: 19–30.
73. Kararmak O. Establishing the psychometric qualities of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry Res* 2010; 179: 350–356.
74. Peng L, Zhang J, Li M, et al. Negative life events and mental health of Chinese medical students: the effect of resilience, personality and social support. *Psychiatry Res* 2012; 196: 138–141.
75. Lamond AJ, Depp CA, Allison M, et al. Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *J Psychiatr Res* 2008; 43: 148–154.
76. Ziaian T, de Anstiss H, Antoniou G, et al. Resilience and Its Association with Depression, Emotional and Behavioural Problems, and Mental Health Service Utilisation among Refugee Adolescents Living in South Australia. *Int J Popul Res* 2012; 2012: e485956.
77. Wrenn GL, Wingo AP, Moore R, et al. The effect of resilience on posttraumatic stress disorder in trauma-exposed inner-city primary care patients. *J Natl Med Assoc* 2011; 103: 560–566.
78. Paulus MP, Flagan T, Simmons AN, et al. Subjecting elite athletes to inspiratory breathing load reveals behavioral and neural signatures of optimal performers in extreme environments. *PloS One* 2012; 7: e29394.

79. Thoits PA. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Soc Behav* 1982; 23: 145–159.
80. Broadhead WE, Gehlbach SH, de Gruy FV, et al. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* 1988; 26: 709–723.
81. De la Revilla Ahumada L, Bailón E, de Dios Luna J, et al. [Validation of a functional social support scale for use in the family doctor's office]. *Aten Primaria* 1991; 8: 688–692.
82. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, et al. [Validity and reliability of the Duke-UNC-11 questionnaire of functional social support]. *Aten Primaria* 1996; 18: 153–156, 158–163.
83. Gracia E, López-Quílez A, Marco M, et al. The Spatial Epidemiology of Intimate Partner Violence: Do Neighborhoods Matter? *Am J Epidemiol* 2015; 182: 58–66.
84. Basile KC, Hertz MF, Back SE. Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings: Version 1. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2007  
[https://www.google.es/search?q=Basile+intimate+partner+violence+assessment+instruments&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe\\_rd=cr&ei=acHOWPWdHq-LtgfDhI2YBQ#q=Basile+intimate+partner+violence+assessment+instruments&](https://www.google.es/search?q=Basile+intimate+partner+violence+assessment+instruments&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe_rd=cr&ei=acHOWPWdHq-LtgfDhI2YBQ#q=Basile+intimate+partner+violence+assessment+instruments&)  
 (accessed 19 March 2017).
85. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, et al. Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *Am J Prev Med* 2009; 36: 439–445.e4.
86. Brown JB, Lent B, Brett PJ, et al. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Fam Med* 1996; 28: 422–428.
87. Fogarty CT, Brown JB. Screening for abuse in Spanish-speaking women. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15: 101–111.
88. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión conrta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gac Sanit* 2008; 22: 415–420.
89. Buitrago Ramírez F, Misol RC, Bentata L C, et al. Recomendaciones para la prevención de la salud mental en atención primaria. *Aten Primaria* 2016; 48 Suppl 1: 77–97.

90. European Commission - Eurostat- Statistics Explained. Estadísticas sobre la sociedad de la información - Hogares y particulares.2017.  
[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Information\\_society\\_statistics\\_-\\_households\\_and\\_individuals/es](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Information_society_statistics_-_households_and_individuals/es) (accessed 20 March 2017).
91. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares. 2016.  
[http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176741&menu=resultados&idp=1254735976608](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176741&menu=resultados&idp=1254735976608) (accessed 20 March 2017).
92. Stonard KE, Bowen E, Walker K, et al. 'They'll Always Find a Way to Get to You': Technology Use in Adolescent Romantic Relationships and Its Role in Dating Violence and Abuse. *J Interpers Violence*. Epub ahead of print 11 June 2015. DOI: 10.1177/0886260515590787.
93. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El ciberacoso como forma de ejercer la Violencia de Género en la Juventud: un riesgo en la sociedad de la información y del conocimiento. 2014.  
<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/estudio/ciberacoso.htm> (accessed 20 March 2017).
94. Korchmaros JD, Ybarra ML, Langhinrichsen-Rohling J, et al. Perpetration of teen dating violence in a networked society. *Cyberpsychology Behav Soc Netw* 2013; 16: 561–567.
95. European Commission - Eurostat. Being young in Europe today. 2015.  
<http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-statistical-books/-/KS-05-14-031> (accessed 15 March 2017).
96. Cutter-Wilson E, Richmond T. Understanding teen dating violence: practical screening and intervention strategies for pediatric and adolescent healthcare providers. *Curr Opin Pediatr* 2011; 23: 379–383.
97. Borrajo E, Gámez-Guadix M, Calvete E. Justification beliefs of violence, myths about love and cyber dating abuse. *Psicothema* 2015; 27: 327–333.
98. Van Ouytsel J, Ponnet K, Walrave M. Cyber Dating Abuse Victimization Among Secondary School Students From a Lifestyle-Routine Activities Theory Perspective. *J Interpers Violence*. Epub ahead of print 12 February 2016. DOI: 10.1177/0886260516629390.



99. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Prevención de la Violencia de Género en la Adolescencia. España; 2010.  
<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/estudio/adolescencia.htm> (accessed 20 March 2017).
100. Ybarra ML, Espelage DL, Mitchell KJ. The co-occurrence of Internet harassment and unwanted sexual solicitation victimization and perpetration: associations with psychosocial indicators. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med* 2007; 41: S31-41.
101. Zweig JM, Dank M, Yahner J, et al. The rate of cyber dating abuse among teens and how it relates to other forms of teen dating violence. *J Youth Adolesc* 2013; 42: 1063–1077.
102. Valdivia A, Lopez-Alcalde J, Vicente M, et al. Monitoring influenza activity in Europe with Google Flu Trends comparison with the findings of sentinel physician networks-results for 2009-2010. *Euro surveill.* 2010 Jul 22;15(29). pii: 19621.
103. Google.org. Google Trends: Violencia contra las mujeres.  
<https://trends.google.es/trends/explore?geo=ES&q=violencia%20contra%20las%20mujeres> (accessed 14 Jun 2017).
104. Brown E. Les enquêtes « Enveff » sur les violences envers les femmes dans la France hexagonale et ultramarine. *Pouvoirs Dans Caraïbe Rev CRPLC* 2012; 43–59.
105. Straus M, Hamby S, Boney-McCoy S, Sugarman D. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). Development and Preliminary Psychometric data. *Journal of Family Issues*. Vol. 17 No. 3. May 1996 283-316.
106. Zorrilla B, Morant C, Polo C, Pires M, García S, Lasheras ML, et al. Validación de un cuestionario para la detección de la violencia de pareja hacia las mujeres. *Gaceta sanitaria* 2005; 19 (supl 1):154.
107. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Violencia de pareja hacia las mujeres, prevalencia, impacto en salud y utilización de los servicios de apoyo en la Comunidad de Madrid, 2009. Madrid 2012.
108. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. 3º Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2014.. Documento Técnico de Salud Pública N°138, Madrid 2014.

109. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, et al. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones. 2011 *Gac Sanit* 2013; 27: 263–272.
110. Martínez-González, M.A., Faulín-Fajardo, F.J., Sánchez-Villegas, A. *Bioestadística amigable*. 1ª edición. Díaz de Santos, 2006.
111. Zorrilla B, Pires M, Lasheras L, et al. Intimate partner violence: last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain. *Eur J Public Health* 2010; 20: 169–175.
112. Vives-Cases C, Torrubiano-Domínguez J, Gil-González D, et al. Social and immigration factors in intimate partner violence among Ecuadorians, Moroccans and Romanians living in Spain. *Eur J Public Health* 2014; 24: 605–612.
113. Sanz-Barbero B, Rey L, Otero-García L. Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gac Sanit* 2014; 28: 102–108.
114. Wathen CN, MacGregor JCD, Hammerton J, et al. Priorities for research in child maltreatment, intimate partner violence and resilience to violence exposures: results of an international Delphi consensus development process. *BMC Public Health* 2012; 12: 684.
115. Moeller-Saxone K, Davis E, Stewart DE, et al. Promoting resilience in adults with experience of intimate partner violence or child maltreatment: a narrative synthesis of evidence across settings. *J Public Health Oxf Engl* 2015; 37: 125–137.
116. Schiaffino A, Rodríguez M, Pasarín MI, et al. [Odds ratio or prevalence ratio? Their use in cross-sectional studies]. *Gac Sanit* 2003; 17: 70–74.
117. Anderson KM, Renner LM, Danis FS. Recovery: resilience and growth in the aftermath of domestic violence. *Violence Women* 2012; 18: 1279–1299.
118. López-Fuentes I, Calvete E. Building resilience: A qualitative study of Spanish women who have suffered intimate partner violence. *Am J Orthopsychiatry* 2015; 85: 339–351.
119. Campbell-Sills L, Forde DR, Stein MB. Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *J Psychiatr Res* 2009; 43: 1007–1012.
120. Min J-A, Jung Y-E, Kim D-J, et al. Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil* 2013; 22: 231–241.

121. Loh MI, Klug J. Voices of migrant women: The mediating role of resilience on the relationship between acculturation and psychological distress. *ECU Publ* 2012. <http://ro.ecu.edu.au/ecuworks2012/653> (2012).
122. Scali J, Gandubert C, Ritchie K, et al. Measuring resilience in adult women using the 10-items Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Role of trauma exposure and anxiety disorders. *PloS One* 2012; 7: e39879.
123. Ammerman RT, Putnam FW, Altaye M, et al. Changes in depressive symptoms in first time mothers in home visitation. *Child Abuse Negl* 2009; 33: 127–138.
124. De Irala, Jokin, Martínez-González, M.A., Seguí-Gómez, María. *Epidemiología aplicada*. 2ª edición actualizada. Ariel S.A., 2008.
125. Delgado M. Diseño para el estudio de pruebas diagnósticas y factores pronósticos UD7. En: Delgado M, Llorca J, eds. *Metodología de la investigación sanitaria*. Barcelona:Signo; 2003.
126. Pichiule-Castañeda M, Gandarillas-Grande AM, Díez-Gañán L, et al. Violencia de pareja en jóvenes de 15 a 16 años de la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2014; 88: 639-652.
127. Muñoz-Rivas MJ, Graña Gómez JL, O’Leary KD, et al. Physical and psychological aggression in dating relationships in Spanish university students. *Psicothema* 2007; 19: 102–107.
128. Fernández-Fuertes AA, Fuertes A. Physical and psychological aggression in dating relationships of Spanish adolescents: motives and consequences. *Child Abuse Negl* 2010; 34: 183–191.
129. Mulford, C., & Giordano, P. C. (2008). Teen dating violence: A closer look at adolescent romantic relationships. *National Institute of Justice Journal*, 261, 34-40. [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=Teen+dating+violence:+A+closer+look+at+adolescent+romantic+relationships&author=Mudolford+C&author=Giordano+P&publication\\_year=2008&journal=National+Institute+of+Justice+Journal&volume=261&pages=34-40](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Teen+dating+violence:+A+closer+look+at+adolescent+romantic+relationships&author=Mudolford+C&author=Giordano+P&publication_year=2008&journal=National+Institute+of+Justice+Journal&volume=261&pages=34-40) (accessed 4 April 2017).
130. Marganski A, Melander L. Intimate Partner Violence Victimization in the Cyber and Real World: Examining the Extent of Cyber Aggression Experiences and Its Association With In-Person Dating Violence. *J Interpers Violence*. Epub ahead of print 25 November 2015. DOI: 10.1177/0886260515614283.

131. Dick RN, McCauley HL, Jones KA, et al. Cyber dating abuse among teens using school-based health centers. *Pediatrics* 2014; 134: e1560-1567.
132. Peskin MF, Markham CM, Shegog R, et al. Prevalence and Correlates of the Perpetration of Cyber Dating Abuse among Early Adolescents. *J Youth Adolesc* 2017; 46: 358–375.

**ANEXOS**

**CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS  
(C.R.D.)**

**Violencia de pareja hacia las mujeres: 3º Encuesta para el estudio de  
la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid  
2014**

# ÍNDICE

## **1. Invitación a Participar en el Estudio**

## **2. Cuestionario de Inclusión en el Estudio:**

- A. Características sociodemográficas y relaciones de pareja

## **3. Cuestionario Completo Violencia de Pareja:**

- B. Tipo de relación de pareja
- C. Salud y utilización de recursos sanitarios
- D. Actividades preventivas y conductas de riesgo de la mujer
- E. Conductas de riesgo de la pareja
- F. Apoyo social: Duke y Apgar Familiar
- G. Resiliencia
- H. Ansiedad y depresión
- I. Violencia de pareja /expareja
  - I.1. Violencia psicológica
  - I.2. Violencia sexual
  - I.3. Violencia física
- J. Consecuencias de la violencia física o sexual
- K. Percepción de violencia
  - K.1 Percepción de violencia de pareja
  - K.2. Percepción de violencia del entorno
- L. Testigo de violencia en su entorno
- M. Historia de violencia en la infancia
- N. Recursos específicos
- O. Características socioeconómicas
  - O.1 De la mujer
  - O. 2 De la pareja
- P. Salud mental de los hijos
- Q. Cierre de la entrevista

## 1. Invitación a participar en el Estudio

### PANTALLA INTRODUCCIÓN CATI:

Buenos días/tardes. Le llamo de parte de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estamos realizando un estudio sobre la salud y las relaciones personales y familiares de las mujeres.

Su hogar ha sido seleccionado al azar entre las mujeres residentes de su zona de salud para participar en este estudio. Para ello necesitaría hablar con una mujer de 18 a 70 años que viva en el hogar.

- Accede a participar \_\_\_\_\_ ☐ 1
- Negativa hogar \_\_\_\_\_ ☐ 2
- Ilocalizable \_\_\_\_\_ ☐ 3
- Ninguna mujer con esa edad \_\_\_\_\_ ☐ 4

Su participación es voluntaria y totalmente anónima y los datos obtenidos en el estudio serán analizados de forma conjunta.

- Accede a la entrevista \_\_\_\_\_ ☐ 1 → PASAR A P.1.a
- Solicita una cita \_\_\_\_\_ ☐ 2 → PROGRAMAR APLAZAMIENTO
- Entiendo muy poco / casi nada el idioma español \_\_\_\_\_ ☐ 3 → PROGRAMAR APLAZAMIENTO CON TRADUCTORA
- Negativa mujer \_\_\_\_\_ ☐ 4 → PASAR A N00
- Ilocalizable \_\_\_\_\_ ☐ 5



## 2. Cuestionario de Inclusión en el Estudio

### A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

P.1a ¿Lleva Ud. más de un año residiendo en la Comunidad de Madrid?

- Sí ☐ 1
  - No ☐ 2
  - N. C. ☐ 9
- FIN DE ENTREVISTA

P.1.c. ¿Me podría decir su edad?

|\_| años N. C. ☐ 99  
Si <18 o >70 →FIN DE ENTREVISTA

P.1b ¿Cuál es su país de nacimiento?

- España ☐ 1
- Otro ☐ 2
- N. C. ☐ 9

P.1b0 ¿Cuál es el país? |\_|\_|\_|

PROGRAMADOR: utilizar país\_ID del catálogo de países para codificación

P.1b1 ¿Cuántos años lleva residiendo en España?

Nº de años: |\_|\_| N. C. ☐ 99

P.2.1.a ¿Mantiene actualmente una relación de pareja? (Entrevistadora: que especifiquen el tipo de relación)

- Sí, con mi marido ☐ 1 →RUTA A (pareja actual)
- Sí, con mi novio/compañero ☐ 2 Ir a pregunta P2b
- Sí, con varias parejas ☐ 3
- Sí, con mi novia/compañera ☐ 4 →FIN DE ENTREVISTA
- No, pero tuve pareja anteriormente ☐ 5
- No, nunca he tenido una relación de pareja ☐ 6 →FIN DE ENTREVISTA

P.2.2.a. Aunque no tenga pareja actualmente, durante el último año ¿ha mantenido una relación de pareja? (Entrevistadora: que especifiquen el tipo de relación)

- Sí, con mi exmarido ☐ 1
- Sí, con mi exnovio/excompañero ☐ 2 →RUTA B (pareja en el último año)
- Sí, con varias exparejas ☐ 3 Ir a pregunta P2c
- Sí, con mi exnovia/excompañera ☐ 5 →FIN DE ENTREVISTA
- No en el último año, pero sí anteriormente ☐ 4 → P.2.3.a

P.2.3.a ¿Ha tenido algún tipo de contacto con esta expareja/ alguna de estas exparejas en el último año?

- Sí ☐ 1 RUTA C (Expareja)
- No ☐ 2 FIN DE ENTREVISTA
- N. C. ☐ 9

### 3. Cuestionario Completo

Una vez realizadas estas preguntas iniciales, al cumplir usted los criterios requeridos para participar en el estudio, procederemos a formularle una serie de cuestiones que nos llevarán algunos minutos. Le agradezco de antemano su colaboración, recordándole que tiene derecho a detener la entrevista en cualquier momento y que puede saltar cualquier pregunta que no desee contestar.

Usted cumple los criterios para ser incluida en el estudio, por lo que continuaremos con la entrevista.

**(Entrevistadora: En el caso de que tenga varias parejas preguntar por la más reciente)**

#### B. RELACIONES DE PAREJA

	<b>Preguntas Ruta A:</b> <b>PAREJA ACTUAL</b> <i>(Para aquellas que: En P.2.1.a: 1,2,3)</i>	<b>Preguntas Ruta B:</b> <b>PAREJA EN EL ULTIMO AÑO</b> <i>(Para aquellas que: En P.2.1.a: 5 y En P.2.2.a: 1,2,3)</i>	<b>Preguntas Ruta C:</b> <b>CONTACTO CON EXPAREJA</b> <i>(Para aquellas que: En P.2.1.a : 5 y En P.2.2.a: 4 y En P.2.3.a: 1)</i>
P.2.b.	<b>¿Cuántos años dura la relación con su pareja actual?</b>      (años) <b>Menos de 1 año →      (meses)</b> N. C. <input type="checkbox"/> 99	<b>¿Cuántos años duró la relación con la pareja que tuvo en este último año?</b> <b>(Entrevistadora: Si ha tenido más de una pareja en el último año preguntar por la más reciente)</b>      (años) <b>Menos de 1 año →      (meses)</b> N. C. <input type="checkbox"/> 99	<b>¿Cuántos años duró esa relación?</b>      (años) <b>Menos de 1 año →      (meses)</b> N. C. <input type="checkbox"/> 99
P.2.c	<b>¿Viven ustedes juntos?</b> - Sí <input type="checkbox"/> 1 - No <input type="checkbox"/> 2 -> PASAR A P.2.f - N. C. <input type="checkbox"/> 9	<b>¿Vivieron ustedes juntos?</b> - Sí <input type="checkbox"/> 1 - No <input type="checkbox"/> 2 -> PASAR A P.2.e - N. C. <input type="checkbox"/> 9	<b>¿Vivieron ustedes juntos?</b> - Sí <input type="checkbox"/> 1 - No <input type="checkbox"/> 2 -> PASAR A P.2.e - N. C. <input type="checkbox"/> 9
P.2.d	<b>¿Cuánto tiempo llevan Uds viviendo juntos?</b> <b>(Entrevistadora: nos referimos a vivir juntos dentro del mismo hogar).</b>      (años) y      (meses) N. C. <input type="checkbox"/> 99	<b>¿Cuánto tiempo vivieron Uds. juntos?</b> <b>(Entrevistadora: nos referimos a vivir juntos dentro del mismo hogar).</b>      (años) y      (meses) N. C. <input type="checkbox"/> 99	<b>¿Cuánto tiempo vivieron Uds. juntos?</b> <b>(Entrevistadora: nos referimos a vivir juntos dentro del mismo hogar).</b>      (años) y      (meses) N. C. <input type="checkbox"/> 99
P.2.e		<b>Hace cuanto tiempo terminó la relación?</b>      meses N. C. <input type="checkbox"/> 99	<b>Hace cuanto tiempo terminó la relación?</b>      (años) y      (meses) N. C. <input type="checkbox"/> 99
P.2.f	<b>¿Me podría decir el país de nacimiento de su pareja?</b> - España <input type="checkbox"/> 1 - Otro <input type="checkbox"/> 2 Cuál es el país:       - N. C. <input type="checkbox"/> 9	<b>¿Me podría decir el país de nacimiento de su pareja del último año?</b> - España <input type="checkbox"/> 1 - Otro <input type="checkbox"/> 2 Cuál es el país:       - N. C. <input type="checkbox"/> 9	<b>¿Me podría decir el país de nacimiento de su anterior pareja?</b> - España <input type="checkbox"/> 1 - Otro <input type="checkbox"/> 2 Cuál es el país:       - N. C. <input type="checkbox"/> 9
P.2.g	<b>¿Me podría decir la edad de su pareja?</b>      (años) N. C. <input type="checkbox"/> 99	<b>¿Me podría decir la edad de su pareja del último año?</b>      (años) N. C. <input type="checkbox"/> 99	<b>¿Me podría decir la edad de su anterior pareja?</b>      (años) N. C. <input type="checkbox"/> 99

**(A TODAS LAS ENTREVISTADAS)**

**P.3.a ¿Tiene Ud. hijos?** (Entrevistadora: Nos referimos al total de hijos independientemente de que sean de la pareja actual o de parejas anteriores)

- Sí ☐ 1 → PASAR A P.3.a.1

- No ☐ 2

- N. C. ☐ 9

→ **Pasar a P.4**

**P.3.a.1 ¿Me podría decir la edad, sexo y si conviven con usted sus hijos?**

	Sexo	Edad	Convive con Ud.
Hijo/a 1	Masculino <input type="checkbox"/> 1 Femenino <input type="checkbox"/> 6 N.C. <input type="checkbox"/> 9	__  años N.C. <input type="checkbox"/> 99	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 N.C. <input type="checkbox"/> 9
Hijo/a 2	Masculino <input type="checkbox"/> 1 Femenino <input type="checkbox"/> 6 N.C. <input type="checkbox"/> 9	__  años N.C. <input type="checkbox"/> 99	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 N.C. <input type="checkbox"/> 9
Hijo/a 3	Masculino <input type="checkbox"/> 1 Femenino <input type="checkbox"/> 6 N.C. <input type="checkbox"/> 9	__  años N.C. <input type="checkbox"/> 99	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 N.C. <input type="checkbox"/> 9
Hijo/a 4	Masculino <input type="checkbox"/> 1 Femenino <input type="checkbox"/> 6 N.C. <input type="checkbox"/> 9	__  años N.C. <input type="checkbox"/> 99	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 N.C. <input type="checkbox"/> 9
Hijo/a 5	Masculino <input type="checkbox"/> 1 Femenino <input type="checkbox"/> 6 N.C. <input type="checkbox"/> 9	__  años N.C. <input type="checkbox"/> 99	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 N.C. <input type="checkbox"/> 9

**P.4 Excluyendo a los hijos, ¿tiene Ud. personas mayores u otros familiares dependientes a los que cuidar?**

- Sí ☐ 1

- No ☐ 2

- N. C. ☐ 9

→ **P.4.a ¿Cuántos familiares?** |\_\_|

**SÓLO SI CÓDIGO 1 EN P.4 Y/O CÓDIGO 1 EN P.3.A**

**P.4.b Aproximadamente, ¿cuántas horas diarias dedica Ud. al cuidado de los hijos y/o mayores?**  
**LEER RESPUESTAS.**

- De lunes a viernes

Nº de horas |\_\_|

N.C. ☐ 99

- Sábado y domingo

Nº de horas |\_\_|

N.C. ☐ 99

**C. SALUD Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS**

**Ahora vamos a hablar de su estado de salud en los últimos doce meses**

**C.1 SALUD AUTOPERCIBIDA**

**P.5** En los últimos doce meses, es decir, desde noviembre de 2012 hasta la fecha, ¿diría usted que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo	N.C.
¿Diría Ud que su estado de salud ha sido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

## C.2 PROBLEMAS DE SALUD

**P.6 Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido alguna dolencia, enfermedad o impedimento que le haya limitado sus actividades cotidianas?**

- Sí ☐ 1 → **P.6.a0 ¿Cuántos días? |\_\_| días**
- No ☐ 2
- N. C. ☐ 9

**P.7 A continuación voy a indicar una serie de enfermedades o infecciones crónicas, ¿le ha dicho su médico que Ud. padece ACTUALMENTE alguna de ellas?**

(ENTREVISTADORA: LEER DESPACIO Y CLARO). PROGRAMADOR: ROTAR ORDEN DE MENCIÓN

Hipertensión arterial (tensión arterial elevada)	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Colesterol elevado	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Diabetes (azúcar elevado)	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Asma o bronquitis crónica	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Fibromialgia	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Artritis, reuma u otra enfermedad de huesos y articulaciones	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Infección por VIH/ SIDA	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Enfermedad del corazón	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Úlcera de estómago	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Alergia	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Depresión	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Infecciones Urinarias	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Problemas Ginecológicos	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Ansiedad/ Ataques de pánico	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9

## C.3 ACCIDENTES

**P.8 ¿Ha tenido Ud. algún accidente de cualquier tipo incluido caídas, intoxicaciones o quemaduras durante los últimos doce meses? (Entrevistadora: Le recordamos que si la mujer tiene dudas, en este apartado se excluyen las agresiones)**

- Sí ☐ 1 → PASAR A P.8.a
- No ☐ 2 → Ir a P.12
- N. C. ☐ 9

- **P.8.a ¿Cuántos accidentes? |\_\_|** N.C. ☐ 99

- **P.8b Y refiriéndonos en concreto al último accidente que haya tenido, si es que ha tenido varios en estos doce meses, ¿dónde tuvo lugar? (respuesta simple)**

- Casa, escaleras ☐ 1
- Accidentes de tráfico en la calle o en la carretera ☐ 2
- En la calle pero no de tráfico ☐ 3
- En el trabajo o lugar de estudio ☐ 4
- Otros lugares ☐ 5
- N. C. ☐ 9

- **P.8c ¿Cómo consecuencia de este accidente? LEER RESPUESTAS.**

- No fue necesario hacer ninguna consulta ni intervención ☐ 5
- Tuvo que consultar a un médico o enfermera ☐ 1
- Fue atendida por una unidad móvil de asistencia ☐ 2
- Tuvo que acudir a un centro de urgencias ☐ 3
- Tuvo que ser ingresada en un hospital ☐ 4
- N.C. ☐ 9

#### C.4 UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

(A TODAS LAS ENTREVISTADAS)

**P.12. En los últimos 12 meses, ¿ha ido Ud. alguna vez a la consulta...**

**(Entrevistadora: Leer opciones, Respuesta única por fila)**

		(Sólo si responde sí) ¿Cuántas veces?
1. ...de medicina general (médico de familia/ médico de cabecera)	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 N.C. <input type="checkbox"/> 9	
2. ...del especialista	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 N.C. <input type="checkbox"/> 9	
3. ...,de enfermería, incluyendo a la matrona	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 N.C. <input type="checkbox"/> 9	
4. ...de trabajo social	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 N.C. <input type="checkbox"/> 9	

**(Entrevistadora: Sólo si responde sí en P.12.2)**

**P.14.a ¿Qué consulta? \_\_\_\_\_** **(Entrevistadora: Respuesta múltiple)**

**P.19 Durante los últimos doce meses, ¿ha estado Ud. Hospitalizada, al menos durante una noche?**

**(Entrevistadora: Excluir el parto)**

- Sí ☐ 1
- No ☐ 2
- N. C. ☐ 9

**P.20 En estos últimos doce meses, ¿ha tenido Ud. que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad propia? LEER RESPUESTAS.**

- Sí, acudí a un centro o servicio ☐ 1
  - Sí, acudieron a mi domicilio ☐ 2
  - No ☐ 3
  - N. C. ☐ 9
- Ir a P.9

**P.20a Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar un servicio de urgencias en estos doce últimos meses?** **(Entrevistadora: Preguntamos por el NÚMERO DE VECES NO por el NUMERO DE DIAS DEL INGRESO)**

|\_\_| N° veces

N.C. ☐ 99

## C.5 CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS (A TODAS LAS ENTREVISTADAS)

**P.9. En los dos últimos meses, es decir desde principios de septiembre del 2013 hasta ayer, ¿ha utilizado algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.) o acudió a alguna terapia?**

Sí ☐ 1 → PASAR A P.9.b  
 - No ☐ 2 } → Ir a P.17.b  
 - N. C. ☐ 9

**P.9b Por favor, indíqueme los medicamentos que ha consumido o terapias a las que ha acudido en estos dos meses. LEER RESPUESTAS.**

	<i>Consumido</i>		
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Antibióticos	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Medicamentos para la alergia	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Medicinas para alteraciones digestivas	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Antidepresivos	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Medicamentos o productos para adelgazar	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Terapia de apoyo/ psicológica	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Otros ( <i>especificar</i> )	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9

## C.6 DEPENDENCIA

**P.17b Actualmente, ¿en qué medida se ha visto limitada debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?**

- Nada limitada ☐ 3 → Ir al siguiente módulo (Pregunta P21b)  
 - Gravemente limitada ☐ 1  
 - Limitada pero no gravemente ☐ 2  
 - N. C. ☐ 9

**P.17c ¿Qué tipo de problema es la causa de su dificultad para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?**

- Físico ☐ 1  
 - Mental ☐ 2  
 - Ambos ☐ 3  
 - N. C. ☐ 9

## D. ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y CONDUCTAS DE RIESGO DE LA MUJER

(A TODAS LAS ENTREVISTADAS)

**P.21b ¿Cuándo se hizo una citología por última vez?**

- Nunca \_\_\_\_\_ ☐ 1
- Hace menos de un año \_\_\_\_\_ ☐ 2
- 1-2 años \_\_\_\_\_ ☐ 3
- 3-4 años \_\_\_\_\_ ☐ 4
- 5 años o más \_\_\_\_\_ ☐ 5
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

**P.21c. ¿Cuándo se hizo una mamografía (radiografía de los pechos) por última vez?**

- Nunca \_\_\_\_\_ ☐ 1
- Hace menos de un año \_\_\_\_\_ ☐ 2
- 1-2 años \_\_\_\_\_ ☐ 3
- 3-4 años \_\_\_\_\_ ☐ 4
- 5 años o más \_\_\_\_\_ ☐ 5
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

**P21.d Las próximas preguntas que le voy a realizar están referidas al consumo de tabaco.**

**¿Cuál de las siguientes formas describe mejor su consumo de tabaco?**

- Nunca ha fumado \_\_\_\_\_ ☐ 5 → Pasar a P21g
- Fuma diariamente \_\_\_\_\_ ☐ 1
- Fuma pero no diariamente \_\_\_\_\_ ☐ 2
- No fuma, pero ha fumado antes diariamente \_\_\_\_\_ ☐ 3
- No fuma, aunque ha fumado antes pero no diariamente \_\_\_\_\_ ☐ 4
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

**P.21e. Aproximadamente, ¿qué cantidad fuma/fumaba al día?** |\_\_| Cigarrillos

**P.21.f. Diría que ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida**

- Sí \_\_\_\_\_ ☐ 1
- No \_\_\_\_\_ ☐ 2
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

## A TODAS

### P.21.g ¿Con qué frecuencia consume usted alcohol? LEER RESPUESTAS

- Nunca \_\_\_\_\_ ☐ 1 → Pasar al Bloque E (P25.s.1)
- Ocasionalmente, menos de una vez al mes \_\_\_\_\_ ☐ 2
- 1-3 veces al mes \_\_\_\_\_ ☐ 3
- 1-2 veces por semana \_\_\_\_\_ ☐ 4
- Todos los días o casi todos los días \_\_\_\_\_ ☐ 5
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

(Entrevistadora: Sólo si códigos 2 a 5 en P.21.g)

P.21.g.1 En relación a su consumo de bebidas alcohólicas, ¿podría decirme si alguna vez se le han planteado algunas de las siguientes situaciones que le voy a leer?

	Respuesta simple
¿Ha tenido Ud la impresión de que debería beber menos bebidas alcohólicas?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 N.C. <input type="checkbox"/> 9
¿Se ha sentido alguna vez criticada a causa del consumo de bebidas alcohólicas?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 N.C. <input type="checkbox"/> 9
¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 N.C. <input type="checkbox"/> 9
En los últimos doce meses, ¿alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o librarse de una resaca?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 N.C. <input type="checkbox"/> 9

## E. CONDUCTAS DE RIESGO DE LA PAREJA/EXPAREJA

### (A TODAS LAS ENTREVISTADAS)

Estas preguntas están referidas al consumo de alcohol de su pareja / ex pareja en los últimos 12 meses

P.25.s.1 ¿Con qué frecuencia su ..... pareja o expareja (personalizar campo según respuestas a P.2.1.a , P.2.2.a y P.2.3.a) consume/consumía alcohol?

- Nunca \_\_\_\_\_ ☐ 1 → Pasar al Bloque F(P24.a)
- Ocasionalmente, menos de una vez al mes \_\_\_\_\_ ☐ 2
- 1-3 veces al mes \_\_\_\_\_ ☐ 3
- 1-2 veces por semana \_\_\_\_\_ ☐ 4
- Todos los días o casi todos los días \_\_\_\_\_ ☐ 5
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

P.25.s.2 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ve Ud. a su pareja (o veía Ud. a su expareja) borracho?

- Nunca \_\_\_\_\_ ☐ 1
- Ocasionalmente, menos de una vez al mes \_\_\_\_\_ ☐ 2
- 1-3 veces al mes \_\_\_\_\_ ☐ 3
- 1-2 veces por semana \_\_\_\_\_ ☐ 4
- Todos los días o casi todos los días \_\_\_\_\_ ☐ 5
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9



## F. APOYO SOCIAL: DUKE Y APGAR FAMILIAR

P.24.a

A continuación le voy a leer una serie de situaciones que se producen en la vida diaria en las que podemos contar con el apoyo de otras personas. Quisiera que me dijera si Ud. cuenta o ha contado con apoyo cuando ha estado en cada una de estas situaciones. Para contestarme, por favor, utilice una escala del 1 al 5, donde el 1 significa que “recibe ayuda mucho menos de lo que desea” y el 5 significa que “recibe Ud. Tanta ayuda como desea”

DUKE	Escala de 1 a 5					
	Mucho menos de lo que desea	Menos de lo que desea	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo	N.C.
1 Recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Recibe amor y afecto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3 Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4 Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas en el trabajo y/o en casa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5 Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas económicos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6 Cuenta con personas que se preocupen de lo que le sucede a usted	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7 Recibe consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante en su vida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8 Recibe ayuda cuando está enferma en la cama	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9 Recibe elogios y reconocimiento cuando hace bien su trabajo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10 Recibe visitas de sus amigos y familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. Recibe ayuda en asuntos relacionados con su casa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

P.24b Ahora le voy a realizar algunas preguntas relacionadas con su ámbito familiar. En una escala de tres categorías que son “casi nunca”, “a veces” y “siempre”, dígame cual es la que mejor se ajusta a su situación personal.

APGAR FAMILIAR	Casi nunca	A veces	Siempre	N.C.
1 ¿Está satisfecha con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
2 ¿Conversan entre ustedes los problemas que tiene en casa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
3 ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
4 ¿Está satisfecha con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
5 ¿Siente que su familia le quiere?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

## G. RESILIENCIA:

Se realizó el cuestionario de Resiliencia CD-RISC- 10 según las indicaciones de los autores del instrumento

## H. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

### (A TODAS LAS ENTREVISTADAS)

**P.7b En los últimos 12 meses, ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que usted tiene o ha tenido....** (ENTREVISTADORA: Leer opciones, respuesta única por fila.)

	Sí	No	NC
1. Un trastorno de ansiedad (como trastorno de estrés agudo, trastorno de pánico, fobia, trastorno de estrés postraumático o trastorno de ansiedad generalizada)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 9
2. Un trastorno depresivo (como depresión, depresión mayor, distimia o depresión menor)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 9

### P.21. Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su estado de ánimo. (PHQ-9)

**Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha percibido o sentido alguno de los siguientes problemas?**

(ENTREVISTADORA: leer la escala de las respuestas: nunca, varios días, más de la mitad de los días, casi cada día)

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día	N.C.
1 Poco interés o alegría por hacer cosas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 9
2 Sensación de estar decaída, deprimida o desesperanzada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 9
3 Problemas para quedarse dormida, para seguir durmiendo o dormir demasiado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 9
4 Sensación de cansancio o de tener poca energía	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 9
5 Poco apetito o comer demasiado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 9
6 Sentirse mal consigo misma; sentir que es una fracasada o que ha decepcionado a su familia o a sí misma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 9
7 Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 9
8 Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieta o agitada que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 9
9 Pensamientos de que estaría mejor muerta o de querer hacerse daño de algún modo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 9

(PROGRAMADOR: Sólo Si respondió de forma afirmativa cualquiera de las nueve preguntas de la pregunta p21)

**P. 21.a** ¿Hasta qué punto estos problemas le han creado **dificultades** para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás?

- Ninguna dificultad \_\_\_\_\_ ☐ 1
- Algunas dificultades \_\_\_\_\_ ☐ 2
- Muchas dificultades \_\_\_\_\_ ☐ 3
- Muchísimas dificultades \_\_\_\_\_ ☐ 4
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

## I. VIOLENCIA DE PAREJA/EXPAREJA

Ahora vamos a hablar de cosas que han podido ocurrir en los **últimos doce meses** en su vida de pareja. Le recuerdo que todos los datos que usted nos proporcione son absolutamente confidenciales. Si en algún momento usted desea interrumpir la entrevista por cualquier motivo, por favor, comuníquemelo, y continuaremos en otro momento que usted considere más oportuno.

**En general, en el día a día:**

**P.24.b\_1** ¿Cómo describiría usted su relación con su pareja? (Entrevistadora: Leer todas las alternativas)

- Mucha tensión \_\_\_\_\_ ☐ 1
- Alguna tensión \_\_\_\_\_ ☐ 2
- Sin tensión \_\_\_\_\_ ☐ 3
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

**P.24.b\_2** Usted y su pareja resuelven sus discusiones con: (Entrevistadora: Leer todas las alternativas)

- Mucha dificultad \_\_\_\_\_ ☐ 1
- Alguna dificultad \_\_\_\_\_ ☐ 2
- Sin dificultad \_\_\_\_\_ ☐ 3
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

**CRITERIOS DEFINITORIOS DE CASO.** Se consideran caso, las mujeres que sufrieron: Violencia psicológica, violencia física o violencia sexual

- Violencia psicológica: -CUATRO O MÁS ACTOS DE ABUSO PSICOLÓGICO (DESDE “algunas veces” o “2-3 veces”)  
-UNO O MÁS ACTOS DE ABUSO PSICOLÓGICO (DESDE “muchas veces” o “4-10 veces”)
- Violencia física : UNA SOLA AGRESIÓN FÍSICA
- Violencia sexual : UNA SOLA AGRESIÓN SEXUAL

## I.1. VIOLENCIA PSICOLÓGICA:

Por favor, dígame si en los últimos 12 meses, su (a) pareja actual o (b) ex-pareja de la que hemos hablado ha tenido alguno de estos comportamientos o actuaciones con usted y con qué frecuencia.

4 ó más actos →

1 ó más actos →

(Criterio de Caso: ◇ ) En los últimos 12 meses su pareja o expareja:

(LEER TODA LA ESCALA ANTES DE ANOTAR RESPUESTA Cualitativa)	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Constantemente siempre sistemáticamente	N.C.
P.25-a. ◇ Le ha impedido hablar o ver a sus amigos o familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
P25.b. ◇ Le impide hablar con otros hombres (es celoso)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
25.c. ◇ Ha criticado o desvalorizado lo que usted hace	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
P25.d. ◇ Ha hecho comentarios desagradables sobre su apariencia física	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
P25.e. ◇ Le ha impuesto un modo de vestirse, peinarse o comportarse en público	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
P25.f. ◇ No ha tenido en cuenta o ha despreciado sus opiniones	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
P25.g. ◇ Le dice lo que usted debe pensar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
P25.h. ◇ Le ha exigido saber con quién y dónde ha estado usted	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
P25.i. ◇ Ha dejado de hablarle o se ha negado totalmente a discutir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
P25.o. ◇ Le ha insultado u ofendido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
(Sólo para las que conviven o han convivido con su pareja/ex-pareja (P.2.c. respuesta 1)) P25.k. ◇ Le ha impedido tener acceso al dinero para las necesidades de la vida cotidiana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
(Sólo para las que han dicho tener hijos (P.3.a respuesta 1)) P25.l. ◇ Le ha amenazado con quitarle o llevarse a sus hijos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

(LEER TODA LA ESCALA ANTES DE ANOTAR RESPUESTA) Cuantitativa	Nunca	1 vez	2-3 veces	4-10 veces	Más de 10 veces	Prácticamente todos los días/siempre	N.C.
P25.m. ◇ Le ha amenazado con suicidarse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
P25.n. ◇ Le ha amenazado con hacerle daño a usted o a sus familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
(Sólo para las que conviven/convivieron con su pareja (respuesta 1 en P.2.c) ◇ Le ha echado de casa o le ha impedido entrar en ella	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

(PROGRAMADOR: sólo a las que tienen criterio de caso)

Respecto a los comportamientos que hemos estado comentando antes

**P.25.1.b ¿Desde hace cuánto tiempo se viene produciendo esta situación?**

- Menos de 1 año \_\_\_\_\_ ☐ 1
- Más de 1 año pero menos de 5 \_\_\_\_\_ ☐ 2
- Desde hace más de 5 años \_\_\_\_\_ ☐ 3
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

**P.25.1.a. ¿Cuándo diría usted que empezó/aron este/os comportamiento/s de su pareja/ex-pareja?**

(Entrevistadora: respuesta única) LEER RESPUESTAS

- Desde el principio de su relación \_\_\_\_\_ ☐ 1
- Desde el inicio de la convivencia \_\_\_\_\_ ☐ 2
- Desde que estuvo embarazada \_\_\_\_\_ ☐ 4
- Desde que tuvo uno de sus hijos \_\_\_\_\_ ☐ 6
- Desde el inicio de la separación \_\_\_\_\_ ☐ 3
- Otras \_\_\_\_\_ ☐ 5
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

**Nuevas formas de violencia.**

(LEER TODA LA ESCALA ANTES DE ANOTAR RESPUESTA Cualitativa)	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Constantemente siempre sistemáticamente	N.C.
P.25-2 Se ha sentido acosada/ agobiada a través de mensajes de móvil o de correos electrónicos que él le envía/ enviaba	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
P.25-3 Se ha sentido agobiada debido a que le controlaba las llamadas o mensajes del móvil o su correo electrónico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

## I.2. VIOLENCIA SEXUAL:

1 ó más actos

(LEER TODA LA ESCALA ANTES DE ANOTAR RESPUESTA) (cuantitativa)	Nunca	1 vez	2-3 veces	4-10 veces	Más de 10 veces	Prácticamente todos los días/siempre	N.C.
P26.a. ◇ Ha utilizado la fuerza para tener relaciones sexuales con usted	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
P26.b. ◇ Le ha impuesto actos sexuales que usted rechazaba	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

(PROGRAMADOR: sólo a las que tienen criterio de caso)

Me ha comentado usted que su pareja/expareja ha tenido alguno de estos comportamientos de los que hemos hablado con usted.

### P26.2 ¿Desde hace cuánto tiempo se viene produciendo esta situación?

- Menos de 1 año ☐ 1
- Más de 1 año pero menos de 5 ☐ 2
- Desde hace más de 5 años ☐ 3
- N. C. ☐ 9

### P.26.1.a. ¿Cuándo diría usted que empezó/aron este/os comportamiento/s de su pareja/ex-pareja?

(Entrevistadora: respuesta única)

- Desde el principio de su relación ☐ 1
- Desde el inicio de su convivencia ☐ 2
- Desde que estuvo embarazada ☐ 4
- Desde que tuvo uno de mis hijos ☐ 6
- Desde el inicio de la separación ☐ 3
- Otras ☐ 5
- N. C. ☐ 9

### I.3. VIOLENCIA FÍSICA:

P27.a. En los últimos **12 meses**, su (a) pareja o (b) ex-pareja

**1 ó más actos**

(LEER TODA LA ESCALA ANTES DE ANOTAR RESPUESTA) (A TODAS) (cuantitativa)	Nunca	1 vez	2-3 veces	4-10 veces	Más de 10 veces	Prácticamente todos los días/siempre	N.C.
◊ Le tiró algo (algún objeto)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
◊ La empujó, agarró o la tiró	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
◊ Le dió una bofetada	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
◊ Le dió patadas, la mordió o le dió un puñetazo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
◊ Le pegó o trató de pegarle con alguna cosa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
◊ Le dió una paliza	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
◊ Le agarró del cuello	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
◊ Le amenazó con un cuchillo o pistola	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
◊ Usó un cuchillo o una pistola	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9

(Sólo si tiene criterio de caso)

Me ha comentado usted que su pareja/ expareja ha tenido alguno de estos comportamientos

**P27.2 ¿Desde hace cuánto tiempo se viene produciendo esta situación?**

- Menos de 1 año ☐ 1
- Más de 1 año, pero menos de 5 ☐ 2
- Desde hace más de 5 años ☐ 3
- N. C. ☐ 9

**P.27.1.a. ¿Cuándo diría usted que empezó/aron este/os comportamiento/s de su pareja/ex-pareja?**

(Entrevistadora: respuesta única)

- Desde el principio de su relación ☐ 1
- Desde el inicio de la convivencia ☐ 2
- Desde que estuvo embarazada ☐ 4
- Desde que tuvo uno de sus hijos ☐ 6
- Desde el inicio de la separación ☐ 3
- Otras ☐ 5
- N. C. ☐ 9

## J. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL

**(PROGRAMADOR: A todas las que han referido alguna agresión física o sexual en el último año, sea de la pareja, ex-pareja (de las preguntas definitorias de caso)**

P.30 A consecuencia de la última agresión física y/o sexual, ¿sufrió Ud alguna lesión o consecuencia de salud?

**(Entrevistadora: Preguntar por cada una de las alternativas, si hay duda anotar en "otros" para codificar posteriormente).**

- Sí ☐ 1 → PASAR A P.30.BIS
- No ☐ 2
- N. C. ☐ 9

**P.30.BIS Por favor, indíqueme, ¿si esta lesión fue...? (Entrevistadora: preguntar por cada una de ellas).**

	Respuesta simple		
Rasguño, moretón, contusión	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Erosión, corte, herida penetrante	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Fractura	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Pérdida de conciencia	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Depresión, ansiedad	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Aborto	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9
Otras (Especificar)	Sí <input type="checkbox"/> 1 _____	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9

**P. 30.a A causa de estas lesiones ¿Estuvo Ud. alguna vez tan mal que hubiera necesitado asistencia sanitaria?**

- Sí ☐ 1 → ¿cuántas veces en el último año? |\_\_| | N.C. ☐ 99
- No ☐ 2
- N. C. ☐ 9

**P.30.b ¿Recibió asistencia sanitaria por estas lesiones?**

- Sí ☐ 1 → ¿cuántas veces en el último año? |\_\_| | N.C. ☐ 99
- No ☐ 2
- N. C. ☐ 9



## K. PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA

---

### K.1. PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA

**P.28. ¿Se siente usted maltratada por su pareja/expareja?**

- Sí \_\_\_\_\_ ☐ 1 → PASAR A P.28.1, P.28.2 Y P.28.3
- No \_\_\_\_\_ ☐ 2 → PASAR A P.28.1,
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

#### A TODAS

**P.28.1 Durante el último año, en alguna ocasión ¿se sintió maltratada por su pareja/expareja?**

- Sí \_\_\_\_\_ ☐ 1 → PASAR A P.28.2 Y P.28.3
- No \_\_\_\_\_ ☐ 2
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

(Sólo a las que responden Sí a la P.28 ó a la P.28.1)

**P.28.2 ¿Con quién ha comentado esta situación de maltrato?**

- Nadie \_\_\_\_\_ ☐ 1
- Familiares \_\_\_\_\_ ☐ 2
- Amigos \_\_\_\_\_ ☐ 3
- Personal Sanitario \_\_\_\_\_ ☐ 4
- Otros \_\_\_\_\_ ☐ 5
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

(Sólo a las que responden Sí a la P.28 ó a la P.28.1)

**P.28.3 ¿Ha denunciado formalmente (a la policía, en el juzgado...) alguna vez la situación de maltrato que ha sufrido?**

- Sí \_\_\_\_\_ ☐ 1
- No \_\_\_\_\_ ☐ 2
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

## K.2. PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA DEL ENTORNO

**P29. En los últimos 12 meses excluyendo a la pareja/ex pareja a la que nos hemos referido, ¿alguien de su entorno ha tenido con usted alguno de los comportamientos violentos de los que hemos hablado?**

- Sí ☐ 1 → Preguntas P29a
- No ☐ 2 → P.41
- N. C. ☐ 9

**P29.a. Esa persona, era...** (Entrevistadora: leero opciones)

- Alguien del entorno familiar ☐ 1 → PASAR A P.29.a.1
- Alguien de fuera del entorno familiar ☐ 2 → PASAR A P.29.a.2

**Podría decir quién:** (Entrevistadora: respuesta espontanea, no leer respuestas).

(Intentar identificar al agresor)	(agresor)P.29.a	(Preguntar solo para los que han identificado al agresor) P.29.b ¿Cuántas veces pasó esto? ¿Una o dos veces, pocas veces (3-5 veces), o muchas veces (más de 5 veces)?			
P.29.a.1	1. Otra expareja (exmarido/exnovio)	1 ó 2 veces	Pocas veces	Muchas veces	N.C.
	2. Padre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	3. Madre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	4. Hermano	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	5. Hermana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	6. Hijo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	7. Hija	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	8. Otro miembro de la familia hombre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	9. Otro miembro de la familia mujer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
P.29.a.2	10. Amigo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	11. Amiga	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	12. Desconocido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	13. Compañero y/o jefe de Trabajo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	14. Otra persona conocida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

## L. TESTIGO DE VIOLENCIA

### (A TODAS LAS ENTREVISTADAS)

**P.41. ¿Conoce usted en su familia alguna mujer (su madre, hija/s, o hermana/s, etc) víctima de malos tratos?**

- Sí ☐ 1 → PASAR A P.41.b  
 - No ☐ 2 → P.49  
 - N. C. ☐ 9

**P.41b. ¿De quién se trata?**

**P.41c ¿Desde hace cuánto tiempo se viene produciendo?**

	P41.b De quién se trata			P41.c ¿Hace cuanto tiempo se viene produciendo?(años)			
1. Su madre	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9	<1año <input type="checkbox"/> 1	1-5 años <input type="checkbox"/> 2	>5 años <input type="checkbox"/> 3	N.C. <input type="checkbox"/> 9
2. Su hija/s	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9	<1año <input type="checkbox"/> 1	1-5 años <input type="checkbox"/> 2	>5 años <input type="checkbox"/> 3	N.C. <input type="checkbox"/> 9
3. Su hermana/s	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9	<1año <input type="checkbox"/> 1	1-5 años <input type="checkbox"/> 2	>5 años <input type="checkbox"/> 3	N.C. <input type="checkbox"/> 9
4. Otras familiares	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9	<1año <input type="checkbox"/> 1	1-5 años <input type="checkbox"/> 2	>5 años <input type="checkbox"/> 3	N.C. <input type="checkbox"/> 9
5 Amigas/conocidas	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9	<1año <input type="checkbox"/> 1	1-5 años <input type="checkbox"/> 2	>5 años <input type="checkbox"/> 3	N.C. <input type="checkbox"/> 9
6 Compañeras de trabajo	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9	<1año <input type="checkbox"/> 1	1-5 años <input type="checkbox"/> 2	>5 años <input type="checkbox"/> 3	N.C. <input type="checkbox"/> 9
6 Otras (Especificar)	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	N.C. <input type="checkbox"/> 9	<1año <input type="checkbox"/> 1	1-5 años <input type="checkbox"/> 2	>5 años <input type="checkbox"/> 3	N.C. <input type="checkbox"/> 9

## M. VIOLENCIA EN LA INFANCIA

**P.49. Antes de los 15 años, ¿alguien de su entorno le golpeó o maltrató “físicamente” de alguna forma?**

- Sí ☐ 1 → PASAR A P.49.b1
- No ☐ 2
- N. C. ☐ 9

→ **P.49b1 ¿Quién fue?**

(Intentar identificar al agresor)	(agresor) <b>P.49b1</b>	(Preguntar solo para los que han identificado al agresor) <b>P.49b2 ¿Cuántas veces pasó esto? ¿Una o dos veces, pocas veces (3-5 veces), o muchas veces (más de 5 veces)?</b>			
		1 ó 2 veces	Pocas veces	Muchas veces	N.C.
(Algún familiar)	1. Padre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	2. Padrastro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	3. Madre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	4. Madrastra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	5. Otro miembro de la familia hombre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	6. Otro miembro de la familia mujer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
(alguien de la escuela)	7. Profesor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
(algún conocido)	8. Amigo de la familia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	9. Amiga de la familia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	10. Pareja/Novio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
(algún desconocido)	11. Desconocido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
(alguien del trabajo o de la comunidad)	12. Compañero y/o jefe de trabajo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	13. Sacerdote/Líder Religioso				
	14. Policía/Soldado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	15. Otro				

**P.49c. Antes de los 15 años, ¿vio/escuchó en su entorno familiar a alguien (su padre o a la pareja/esposo de su madre) golpear o maltratar físicamente a su madre?**

- Sí ☐ 1 → PASAR A P.49.d
- No ☐ 2 → P.49.e
- N. C. ☐ 9

→ **P.49 d. ¿Cuántas veces pasó esto?**

- 1 ó 2 veces ☐ 1
- Pocas veces (3-5 veces) ☐ 2
- Muchas veces (más de 5 veces) ☐ 3
- N. C. ☐ 9

**P.49e. Antes de los 15 años, ¿alguien de su entorno le impuso conductas de tipo sexual?**

- Sí ☐ 1
- No ☐ 2

- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

## N. RECURSOS ESPECÍFICOS

---

### (A TODAS LAS ENTREVISTADAS)

P.42. ¿Algún profesional sanitario le ha realizado preguntas relacionadas con si sufre usted malos tratos en su ámbito familiar?

- Sí \_\_\_\_\_ ☐ 1 → PASAR A P.42.a
- No \_\_\_\_\_ ☐ 2 → PASAR A P.46
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

**P42 a ¿Podría especificarnos dónde? RESPUESTA MÚLTIPLE**

- Centro de Salud \_\_\_\_\_ ☐ 1
- Servicio de Urgencias \_\_\_\_\_ ☐ 2
- Hospital \_\_\_\_\_ ☐ 3
- Otro centro \_\_\_\_\_ ☐ 4 Especificar: \_\_\_\_\_
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

**P42b ¿Podría especificarnos el tipo de profesional que le preguntó? RESPUESTA MÚLTIPLE**

- Médico/a \_\_\_\_\_ ☐ 1
- Enfermero/a \_\_\_\_\_ ☐ 2
- Trabajador/a Social \_\_\_\_\_ ☐ 3
- Pediatra \_\_\_\_\_ ☐ 4
- Matrona \_\_\_\_\_ ☐ 5
- Psicólogo \_\_\_\_\_ ☐ 6
- Psiquiatría \_\_\_\_\_ ☐ 7
- Ginecología \_\_\_\_\_ ☐ 8
- Otro profesional \_\_\_\_\_ ☐ 9 Especificar: \_\_\_\_\_
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 99

**(ENTREVISTADORA: A todas las que cumplen criterios definitorios de caso)**

**P.46. Y fuera del ámbito sanitario: ¿se ha dirigido usted a algún servicio de apoyo para mujeres que sufren malos tratos? Preguntar por cada uno de los servicios**

SERVICIOS	(ENTREVISTADORA: Explicar cada apartado)	Accedido	Intentado (no accedido)	No intentado	N.C.
1. INFORMACIÓN	- 012 mujer: servicio de Información y Atención telefónica dirigida a mujeres víctimas de VG - 016: Información y asesoramiento jurídico en materia de VG - Puntos municipales del Observatorio Regional para la VG - Otros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 9
2. SERVICIOS SOCIALES: Centros residenciales	- Centros de emergencia - Otros Centros Residenciales (Centros de acogida, Pisos tutelados, Centros para mujeres en riesgo social) - Otros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 9
3. SERVICIOS SOCIALES: Recursos no residenciales	- Centros de día (Programa MIRA, ATIENDE, CIMASCAM, PACHAMAMA Y AYAAN HIRSI.) - Puntos municipales del Observatorio Regional para la VG	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
4. SERVICIOS SOCIALES (Ámbito laboral)	- Programas de inserción laboral - Puntos de Empleo para mujeres	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
5. AYUDAS ECONÓMICAS/ PRESTACIONES	- Ayudas económicas - Renta - Vivienda pública	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
6. LOS CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD DEL ESTADO	- Policía local - Guardia civil	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
7. RED DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID	- SAVD (Servicio de Atención a Víctimas de Violencia de Género)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
8. ONGs		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

## O. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

### O.1 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LA MUJER:

#### P.34 ¿Podría decirme cuál es el mayor nivel de estudios que ha completado?

(Entrevistadora: en caso negativo, preguntar si sabe leer y escribir)

- **No sabe leer o escribir** \_\_\_\_\_ ☐ 1
- **Primarios incompletos**  
(Sabe leer y escribir sin haber finalizado la educación primaria) \_\_\_\_\_ ☐ 2
- **Primarios completos**  
(Cinco cursos aprobados de EGB o Primaria actual o Programas de Garantía Social o PCPI (Programas de Cualificación Profesional Inicial) o ESO incompleta) \_\_\_\_\_ ☐ 3
- **Primera etapa de Educación Secundaria**  
(Graduado escolar, Bachillerato elemental, EGB o ESO, haber aprobado las Pruebas de Acceso a Ciclos Formativos de Grado Medio) \_\_\_\_\_ ☐ 4
- **FP de grado medio**  
(Oficialía industrial, FP I, ciclos formativos de Grado Medio) \_\_\_\_\_ ☐ 5
- **Enseñanza de Bachillerato**  
(Bachillerato superior, BUP, Bachillerato LOGSE o LOE, PREU o COU o Prueba de Acceso a la Universidad (mayores de 25 años) \_\_\_\_\_ ☐ 6
- **FP de grado superior**  
(Maestría industrial FP II, Ciclos Formativos de Grado Superior, Estudios de Artes Aplicadas y Oficios) \_\_\_\_\_ ☐ 7
- **Universitarios de grado medio**  
(Diplomaturas, Enseñanzas Universitarias de Ciclo Corto, Enseñanza Universitaria de Primer Ciclo (tres cursos) \_\_\_\_\_ ☐ 8
- **Universitarios de grado superior** (Licenciaturas o Grados) \_\_\_\_\_ ☐ 9
- **Universitarios de tercer ciclo:** (Doctorados, Masters y estudios de posgrado) \_\_\_\_\_ ☐ 10
- **Otra posibilidad:** (Especificar): \_\_\_\_\_ ☐ 11
- **N. C.** \_\_\_\_\_ ☐ 99

#### P.35 ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad?

(Entrevistadora: Leer todas las alternativas)

- Trabajadores por cuenta propia:
    - Sin asalariados \_\_\_\_\_ ☐ 1
    - Con asalariados:
      - Empresas de 10 o más asalariados \_\_\_\_\_ ☐ 2
      - Empresas de menos de 10 asalariados \_\_\_\_\_ ☐ 3
  - Trabajadores por cuenta ajena:
    - Gerentes de empresas con 10 o más asalariados \_\_\_\_\_ ☐ 4
    - Gerentes de empresas con menos de 10 asalariados \_\_\_\_\_ ☐ 5
    - Capataz, supervisor, encargado \_\_\_\_\_ ☐ 6
    - Otros \_\_\_\_\_ ☐ 7
  - Parado \_\_\_\_\_ ☐ 8
  - Estudiante \_\_\_\_\_ ☐ 9
- P.35.b
- P.35.a
- Ama de casa \_\_\_\_\_ ☐ 10
  - Jubilado/pensionista \_\_\_\_\_ ☐ 11
- P.35.a.1
- Pregunta
- Pregunta
- Pregunta

**P.35.a Aunque Ud. no tenga un trabajo remunerado ahora, ¿me puede decir si lo ha tenido anteriormente?**

- Sí \_\_\_\_\_ ☐ 1 → PASAR A P.35.a.1
- No \_\_\_\_\_ ☐ 2 → Pregunta p35b
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

**P.35.a.1 ¿Cuál era antes su situación laboral?**

- Trabajadores por cuenta propia:
  - Sin asalariados \_\_\_\_\_ ☐ 1
  - Con asalariados:
    - Empresas de 10 o más asalariados \_\_\_\_\_ ☐ 2
    - Empresas de menos de 10 asalariados \_\_\_\_\_ ☐ 3
- Trabajadores por cuenta ajena:
  - Gerentes de empresas con 10 o más asalariados \_\_\_\_\_ ☐ 4
  - Gerentes de empresas con menos de 10 asalariados \_\_\_\_\_ ☐ 5
  - Capataz, supervisor, encargado \_\_\_\_\_ ☐ 6
  - Otros \_\_\_\_\_ ☐ 7
- No ha trabajado antes \_\_\_\_\_ ☐ 8

**P.35b ¿Y cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o desempeñaba?** Es decir, ¿en qué consiste/tía específicamente su trabajo? (Precisar lo más posible las actividades realizadas, EJEMPLO: ayudante de odontología, profesora de enseñanza primaria, etc.). Nos referimos a su ocupación principal: aquella por la que Ud. obtiene/nía mayores ingresos. (ENTREVISTADOR: en el caso de pensionista (anteriormente labores del hogar), preguntar la ocupación de la persona que ha generado la pensión). (Tomar como referencia la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011)

NC \_\_\_\_\_ ☐ 999

**P.36 ¿Es Ud. la persona que aporta más ingresos al hogar?**

- Sí \_\_\_\_\_ ☐ 1
- No \_\_\_\_\_ ☐ 2
- NC \_\_\_\_\_ ☐ 9

(A todas las entrevistadas)

**P.37 ¿Cuál es el total de ingresos NETOS que por todos los conceptos entran en su hogar mensualmente?**

- Hasta 550 euros \_\_\_\_\_ ☐ 1
- De 551 a 800 euros \_\_\_\_\_ ☐ 2
- De 801 a 1.050 euros \_\_\_\_\_ ☐ 3
- De 1.051 a 1.300 euros \_\_\_\_\_ ☐ 4
- De 1.301 a 1.550 euros \_\_\_\_\_ ☐ 5
- De 1.551 a 1.850 euros \_\_\_\_\_ ☐ 6
- De 1.851 a 2.250 euros \_\_\_\_\_ ☐ 7
- De 2.251 a 2.700 euros \_\_\_\_\_ ☐ 8
- De 2.701 a 3.450 euros \_\_\_\_\_ ☐ 9
- Más de 3.450 euros \_\_\_\_\_ ☐ 10
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 99

**P38. ¿Cuántas personas, incluyéndola a usted, viven con ese dinero?**

||| personas N.C. ☐ 99



## O.2. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LA PAREJA

(A todas las entrevistadas)

P.39 Durante el último año, su actual marido/pareja o expareja, ¿tuvo algún trabajo?

- Sí \_\_\_\_\_ ☐ 1
  - No, está en el paro \_\_\_\_\_ ☐ 2
  - No, está jubilado \_\_\_\_\_ ☐ 3
  - No, otros motivos \_\_\_\_\_ ☐ 4
  - N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9
- P.39.d

P.39b ¿Durante cuántos meses del último año tuvo trabajo?  meses

P.39c ¿El trabajo era...?

- A tiempo completo \_\_\_\_\_ ☐ 1
- A tiempo parcial \_\_\_\_\_ ☐ 2
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

(Entrevistadora: A todas)

P.39.d ¿Y cuál es/era la actual/última situación laboral de su pareja o expareja?

-Trabajadores por cuenta propia:

- Sin asalariados \_\_\_\_\_ ☐ 1
- Con asalariados:
  - Empresas de 10 o más asalariados \_\_\_\_\_ ☐ 2
  - Empresas de menos de 10 asalariados \_\_\_\_\_ ☐ 3

-Trabajadores por cuenta ajena:

- Gerentes de empresas con 10 o más asalariados \_\_\_\_\_ ☐ 4
- Gerentes de empresas con menos de 10 asalariados \_\_\_\_\_ ☐ 5
- Capataz, supervisor, encargado \_\_\_\_\_ ☐ 6
- Otros \_\_\_\_\_ ☐ 7

Pregunta

P.35b.BIS ¿Y cuál es/era su actual/última ocupación u oficio? Es decir, ¿en qué consiste/tía específicamente su trabajo?

-NC \_\_\_\_\_ ☐ 999

P.39d. ¿Podría decirme cuál es el mayor nivel de estudios que ha completado su actual marido/pareja?

- No sabe leer o escribir \_\_\_\_\_ ☐ 1
- **Primarios incompletos**  
(Sabe leer y escribir sin haber finalizado la educación primaria) \_\_\_\_\_ ☐ 2
- **Primarios completos**  
(Cinco cursos aprobados de EGB o Primaria actual o Programas de Garantía Social o PCPI (Programas de Cualificación Profesional Inicial) o ESO incompleta) \_\_\_\_\_ ☐ 3
- **Primera etapa de Educación Secundaria**  
(Graduado escolar, Bachillerato elemental, EGB o ESO, haber aprobado las Pruebas de Acceso a Ciclos Formativos de Grado Medio) \_\_\_\_\_ ☐ 4
- **FP de grado medio**  
(Oficialía industrial, FP I, ciclos formativos de Grado Medio) \_\_\_\_\_ ☐ 5
- **Enseñanza de Bachillerato**  
(Bachillerato superior, BUP, Bachillerato LOGSE o LOE, PREU o COU o Prueba de Acceso a la Universidad (mayores de 25 años)) \_\_\_\_\_ ☐ 6
- **FP de grado superior**  
(Maestría industrial FP II, Ciclos Formativos de Grado Superior, Estudios de Artes Aplicadas y Oficios) \_\_\_\_\_ ☐ 7
- **Universitarios de grado medio**  
(Diplomaturas, Enseñanzas Universitarias de Ciclo Corto, Enseñanza Universitaria de Primer Ciclo (tres cursos) \_\_\_\_\_ ☐ 8
- **Universitarios de grado superior** (Licenciaturas o Grados) \_\_\_\_\_ ☐ 9
- **Universitarios de tercer ciclo:** (Doctorados, Masters y estudios de posgrado) \_\_\_\_\_ ☐ 10
- **Otra posibilidad:** (Especificar) \_\_\_\_\_ ☐ 11
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 99

## P. SALUD MENTAL DE LOS HIJOS

**(ENTREVISTADORA: A todas las mujeres que cumplen con los criterios de CASOS DE VIOLENCIA DE PAREJA (Violencia psicológica, física o sexual) y tienen hijos menores de 18 años.**

**P.1 ¿Alguno de sus hijos/as menores de 18 años presenciaron o escucharon los comportamientos violentos de su pareja?**

- Sí \_\_\_\_\_ ☐ 1
- No \_\_\_\_\_ ☐ 2
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

**Para aquellas con hijos de de 4 a 16años (pasar un cuestionario para un hijo. PROGRAMADOR: si la mujer tiene más de un hijo de estas edades, seleccionar aleatoriamente uno de ellos)**

### Cuestionario SDQ

HIJO Nº [ ][ ] (El número corresponde a la pregunta P3.a.1) Su hijo...	No es cierto	Algo cierto	Absolutamente cierto	N.C.
1. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
2. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
3. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
4. Comparte frecuentemente con otros niños chucherías, juguetes, lápices	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
5. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
6. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
7. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
8. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
9. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
10. Está continuamente moviéndose y es revoltoso/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
11. Tiene por lo menos un buen amigo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
12. Pelea con frecuencia con otros niños o se mete con ellos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
13. Se siente a menudo infeliz, desanimado/a o lloroso/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
14. Por lo general cae bien a los otros niños	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
15. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
16. Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
17. Trata bien a los niños más pequeños	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
18. A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
19. Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
20. A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
21. Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
22. Roba en casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
23. Se lleva mejor con adultos que con otros niños	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
24. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
25. Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

## Q. CIERRE DE LA ENTREVISTA Y NÚMEROS DE CONTACTO

---

(PROGRAMADOR: a aquellas mujeres que refieren que se sienten maltratadas (R1 p28) o (R1 p28.1) ☐ o Para aquellas que cumplen con la definición de caso y/o para mujeres que respondan tener conocimiento de que en su familia cercana hay alguna mujer víctima de malos tratos hace menos de 5 años o saben de alguna mujer de su familia cercana (u otras) que haya sido víctima.)

**P.61. ¿Le gustaría que le ofreciéramos un nº de contacto gratuito donde pueden asesorarle sobre posibilidades de ayuda para mujeres que sufren malos tratos?**

- Sí \_\_\_\_\_ ☐ 1 → (012 mujer)
- No \_\_\_\_\_ ☐ 2
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

**P.60. ¿Le gustaría a usted que le ofreciéramos un nº de contacto gratuito para asesorar sobre posibilidades de ayuda para mujeres que sufren malos tratos?**

- Sí \_\_\_\_\_ ☐ 1 → (012 mujer)
- No \_\_\_\_\_ ☐ 2
- N. C. \_\_\_\_\_ ☐ 9

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**ARTÍCULOS**

# Monitoring influenza activity in Europe with Google Flu Trends: comparison with the findings of sentinel physician networks – results for 2009-10

A Valdivia (tonyvald@hotmail.com)<sup>1</sup>, J López-Alcalde<sup>2</sup>, M Vicente<sup>3</sup>, M Pichiule<sup>4</sup>, M Ruiz<sup>5</sup>, M Ordobas<sup>6</sup>

1. Preventive Medicine Unit, Hospital de Dénia (Marina Salud), Dénia, Spain

2. Health Technology Assessment Unit, Agencia Laín Entralgo, Madrid, Spain

3. Primary Health Care, Area 8, Madrid, Spain

4. Preventive Medicine Service, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, Spain

5. Primary Health Care, Area 11, Madrid, Spain

6. Epidemiology Service, General Subdirection for Health Promotion and Prevention, Madrid, Spain

## Citation style for this article:

Citation style for this article: Valdivia A, López-Alcalde J, Vicente M, Pichiule M, Ruiz M, Ordobas M. Monitoring influenza activity in Europe with Google Flu Trends: comparison with the findings of sentinel physician networks – results for 2009-10. *Euro Surveill.* 2010;15(29):pii=19621. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19621>

Article published on 22 July 2010

The number of Internet searches has recently been used by Google to estimate the influenza incidence in the United States. We examined the correlation between the *Google Flu Trends* tool and sentinel networks estimates in several European countries during the 2009 influenza A(H1N1) pandemic and found a good correlation between estimates and peak incidence timing, with the highest peaks in countries where Internet is most frequently used for health-related searching. Although somehow limited, Google could be a valuable tool for syndromic surveillance.

## Introduction

On 21 April 2009, the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) alerted the media regarding the isolation of the 2009 pandemic influenza A(H1N1) virus from humans. The World Health Organization (WHO) made the unprecedented decision to announce a level 4 pandemic alert on 27 April, raising it to level 6 on 11 June given the strong and sustained transmission of the virus around the world [1].

In the northern hemisphere, surveillance of the pandemic was maintained throughout 2009 via the exceptional use of sentinel physician networks (SPNs) during the summer season. The majority of the European countries reported the weekly incidence of influenza-like illness (ILI) or acute respiratory infection (ARI) through this system [2]. Although such networks allow the rapid and precise collection of information, the average delay between receiving it and its dissemination via epidemiological surveillance websites is about two weeks [3]. In addition, for a case to be registered, contact has first to be made with the health system. These problems have led to investigations into the use of alternative surveillance systems capable of registering more cases in the earlier stages of epidemics, such as recording the number of absentees from work or school, the demand for medications, or the use of Internet surveys [3].

The number of Internet searches made using Google (<http://www.google.com>) employing search terms related to influenza has recently been used to construct a model for the estimation of influenza incidence in the United States (US). The estimates this model provides correlate very well with SPN data, and can be made available one or two weeks earlier than CDC surveillance reports [4], although the correlation of the model with positive influenza tests is somehow weaker [5]. Currently, estimates are available for 20 countries, 14 of which are European, and can be referred to via *Google Flu Trends* (GFT) at <http://www.google.org/flutrends> [6].

For Australia and New Zealand, a good correlation has been recorded between the incidence estimates of this GFT model and the sentinel physician networks (SPN) data during the 2009–10 influenza season [7,8]. This period falls between influenza seasons in the northern hemisphere, a time during which discrepancies have been noted in GFT and SPN incidence estimates for the US [9]. In this report we aim to examine the correlation between GFT and SPN incidence estimates in different European countries during the 2009 influenza A(H1N1) pandemic, i.e. both before and during the influenza season. The association between online search habits in each country and the correlations observed were also investigated.

## Materials and methods

The weekly (23 March 2009–28 March 2010) GFT and SPN (based on ILI or ARI data) estimates of influenza incidence were recorded for 13 European countries. The sources of the SPN information were the European Influenza Surveillance Network of the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) [10], the World Health Organization [2], the Réseau Sentinelles de France [11], the Spanish Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica [12], Robert Koch Institute (Germany)

[13], and Smittskyddsinstitutet (Sweden) [14]. Spearman correlation coefficients between the GFT and SPN estimates were calculated for the periods before and after 31 August 2009 (i.e. before and during the influenza season) for each country. The influence of the percentage of the different populations making health-related Internet searches (obtained from Eurostat) [15] on the strength of the correlation between the GFT and SPN results was also examined by Spearman analysis. Significance was set at  $p < 0.05$ . All calculations were made using Stata 9.1 software.

## Results

The Table shows the correlations between the GFT and SPN (ILI or ARI) results for each country and period examined.

Austria was not included in this analysis because the available data were insufficient. In most countries the correlation was stronger during the second period (i.e. after 31 August 2009), the exceptions being Russia and Ukraine. The two systems commonly coincided in terms of registering peak incidence, although the GFT data sometimes identified this to occur one or two weeks earlier, e.g. for Poland and Switzerland. The two notable exceptions to this were Sweden, for which the GFT model estimated peak incidence to have occurred some 11 weeks before that suggested by the SPN system, and Bulgaria, for which the SPN system suggested a peak incidence one week before the GFT estimate.

Figures 1 and 2 show the SPN ILI and ARI results separately in comparison with the corresponding GFT results. In the majority of cases, the graphs are similar.

The graphs compare the weekly proportion of consultations for acute respiratory illness according to sentinel physician networks and incidence estimates obtained from *Google Flu Trends*. The first week of the series was 23–29 March 2009 (epidemiological week 13).

However, the height of the incidence peaks for France and Hungary appears to be overestimated by the GFT model, and underestimated for Switzerland and Spain (preceded by an overestimation during the summer months in Spain).

Figure 3 shows that the greater the proportion of the population that sought health information via the Internet in 2009, the better the correlation between the GFT and SPN ILI results ( $Rho = 0.7545$ ;  $p = 0.0305$ ). This association was maintained after adding the information from countries that record only ARI data (Germany and Bulgaria) ( $Rho = 0.6991$ ;  $p = 0.0245$ ). The graph shows the correlation between the proportion of individuals who used the Internet for seeking health information in 2009 and the Rho coefficient between the SPN ILI per 100,000 population and GFT incidence estimates.

## Discussion and conclusions

In general, the GFT and SPN results (both ILI and ARI) showed a strong correlation. This is the first study to relate GFT and SPN estimates in Europe; the only other northern hemisphere study was undertaken by Doornik

**TABLE**

Correlation between weekly sentinel physician network data on influenza-like illness or acute respiratory illness and *Google Flu Trends* incidence estimates

COUNTRY	SYNDROME	CORRELATION			
		Overall period <sup>a</sup>	Pre-epidemic <sup>b</sup>	Epidemic <sup>c</sup>	Peak incidence
		Spearman Rho	Spearman Rho	Spearman Rho	(GFT versus SPN)
Belgium	ILI	0.7358	0.6929	0.8533	Same week
France	ILI	0.9124	0.4957	0.9678	Same week
Hungary	ILI	0.8959	0.3931	0.7496	Same week
Netherlands	ILI	0.8597	0.7850	0.9384	Same week
Norway	ILI	0.8769	0.8651	0.8606	Same week
Poland	ILI	0.7157	0.5179	0.5840	1 week before
Spain	ILI	0.7331	0.6443	0.9471	Same week
Sweden	ILI	0.7733	0.5451	0.8704	11 weeks before
Switzerland	ILI	0.8501	0.7800	0.8783	2 weeks before
Bulgaria	ARI	0.8377	0.6263	0.7260	1 week after
Germany	ARI	0.9396	0.7370	0.9029	1 week before
Russian Federation	ARI	0.8479	0.8149	0.6899	1 week before
Ukraine	ARI	0.8144	0.7875	0.5275	Same week

<sup>a</sup> 53 epidemiological weeks: 23 March 2009–28 March 2010.

<sup>b</sup> 23 epidemiological weeks: 23 March 2009–30 August 2009.

<sup>c</sup> 30 epidemiological weeks: 31 August 2009–28 March 2010.

GFT: Google Flu Trends.

SPN: Sentinel Physician Network.

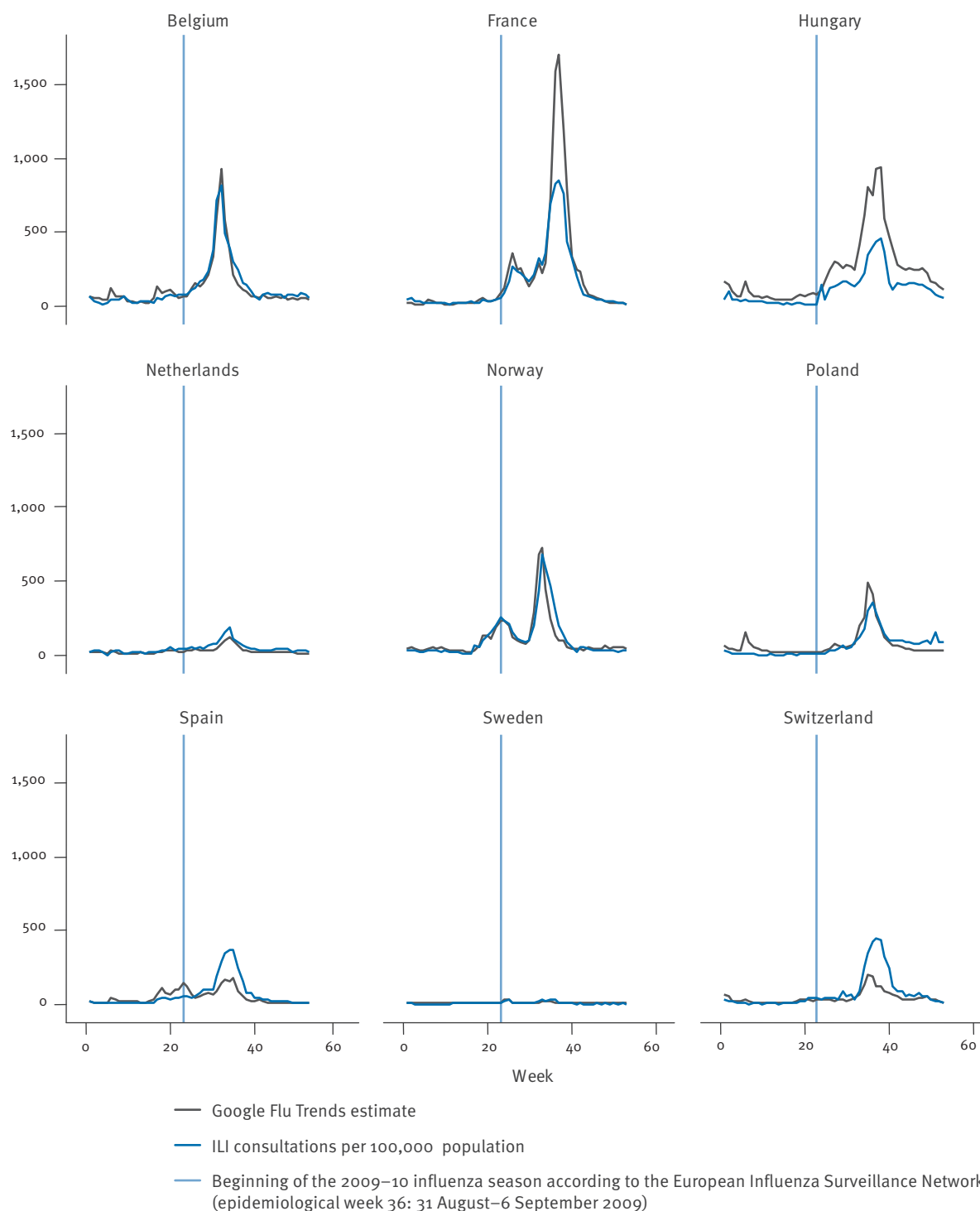
in the US [9], with which the present results are in general agreement. To our knowledge, data from search queries in Google have also been correlated with SPN estimates for chickenpox [16,17] and gastroenteritis [16], showing a similar or higher correlation than ILI.

We made a division into pre-influenza season and influenza season because in the pre-influenza season

Internet interest in influenza is likely to be driven mostly by the global interest in a possible pandemic, which may be unusually high and not related with a real increase in the incidence rate of influenza. According to this hypothesis, the correlation observed in the present work was weaker in the period before 31 August than after this date. This might also be related to a lack of incidence data for the summer. The

## FIGURE 1

Weekly influenza-like illness consultations per 100,000 population compared to *Google Flu Trends* estimates of influenza incidence in nine European countries, 23 March 2009–28 March 2010



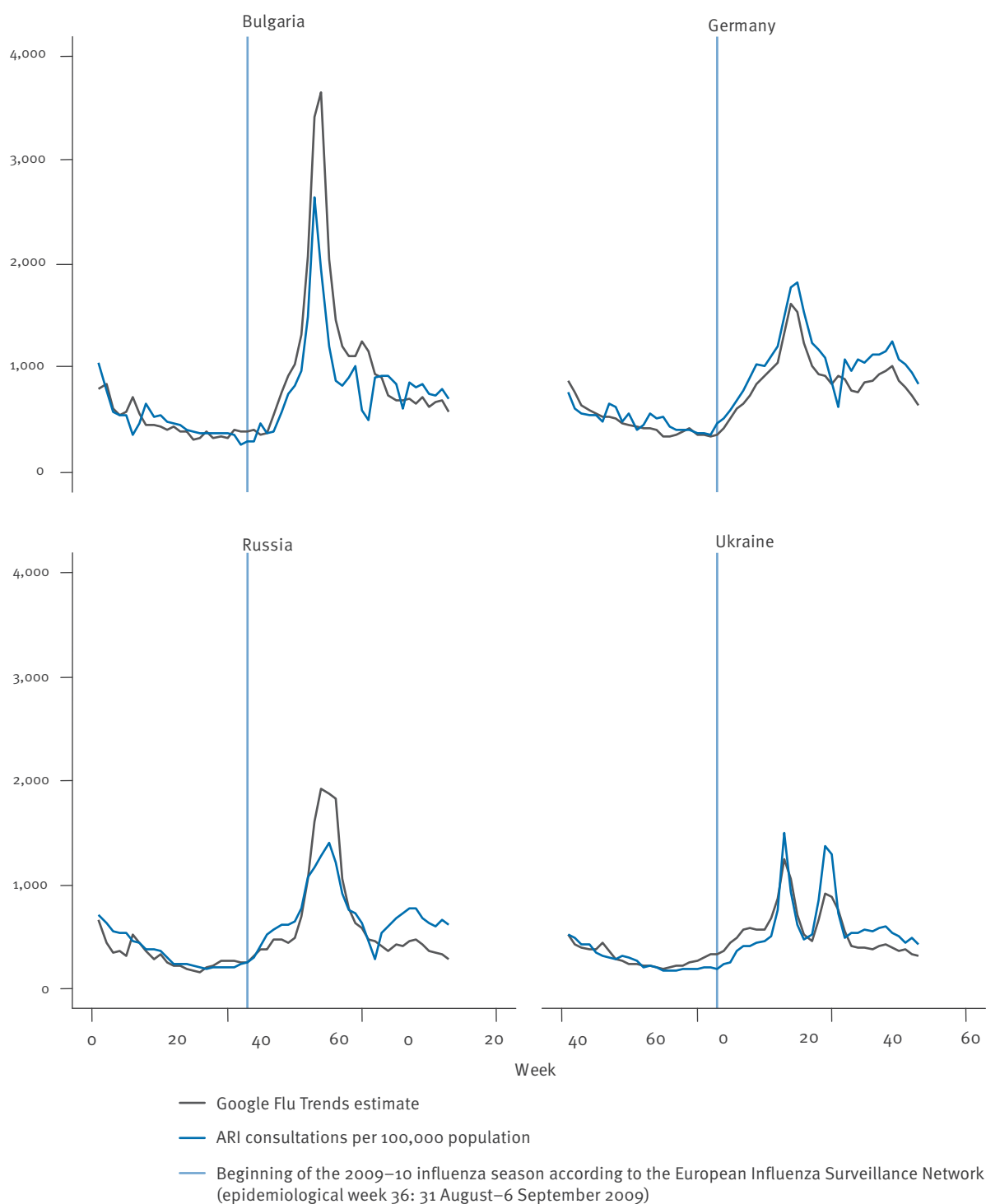
ILI: influenza-like illness.

GFT model is known to provide more robust estimates when incidence rates are higher [4,6]. Nonetheless, in agreement with that indicated by Ginsberg *et al.* [4], the present GFT incidence results were not unduly affected by large numbers of searches for information made before 31 August, i.e. when true influenza incidence was low, probably for the method used by GFT [4]. Google engineers designed an algorithm that detects the search terms most related with ILI, testing

the regional variation of Google queries against the regional variations in SPN ILI data. The search fractions for these queries are pooled together in a single search fraction for each week that is used to fit a linear model using the log-odds of an ILI physician visit and the log-odds of an ILI-related search query. The number of top-scoring queries to be pooled together is optimised at estimating out-of-sample points during cross-validation [4]. The Internet Protocol address is used to

## FIGURE 2

Weekly acute respiratory illness consultations per 100,000 population compared to *Google Flu Trends* estimates of influenza incidence in four European countries, 23 March 2009–28 March 2010



ARI: acute respiratory illness.



identify the countries that generate the queries, thus allowing the application of the general method to generate estimates for each single country. This method avoids overfitting using a single explanatory variable and makes the model resilient to variations in only few terms. For instance, at the beginning of the pandemic, there was a massive peak in the search fraction for the term 'influenza' translated in the official languages of each country. This was observed throughout Europe, nonetheless the GFT estimates did not change and continued to be related with the SPN estimates. The only exceptions to this were seen in Belgium, Hungary and Poland (Figure 1).

We used a non-parametric test for the statistical comparison between GFT and SPN estimates. This approach loses information and largely ignores time, but was preferred due to the distribution of the GFT and SPN estimates, significantly different from normal for almost all countries (skewness and kurtosis test,  $p < 0.05$ ). In addition, the period considered was too short to justify a multivariate time series approach (e.g. Poisson or binomial negative regression). Thus, we preferred a mixed statistical and graphical approach.

Although the GFT and SPN disease incidence peaks generally coincided or differed by 1-2 weeks (GFT providing an earlier peak in such cases), the GFT peak estimate for Sweden preceded the ILI peak by 11 weeks. This could be related with the sentinel network scheme of Sweden, that presents a lower probability of symptomatic patients to contact a sentinel physician, making ILI estimates less valuable than those from other countries. Large differences were seen in the height of the peaks recorded by each system in France, Switzerland, Hungary and Spain. In addition, in Spain, discrepancies in terms of incidence magnitude appeared during the summer months. This was also reported in the US study, for which correction was made using an

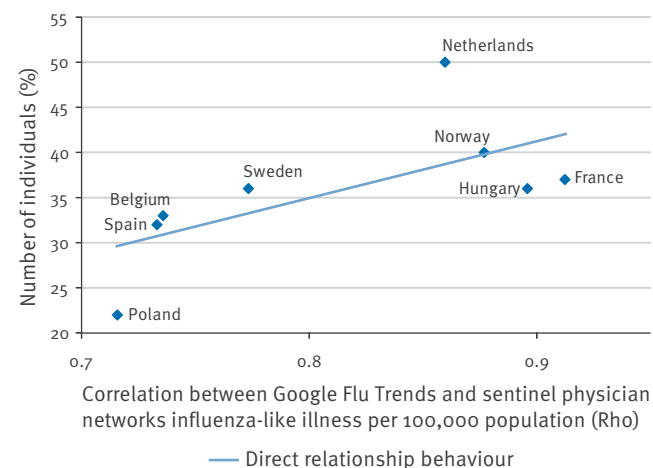
autoregression method [9]. This allowed much more robust estimates to be made without losing the capacity to release information one or two weeks before the official CDC reports [9]. The same type of correction might be useful when dealing with European data, in which discrepancies might be the result of different national pandemic control policies or the characteristics of national health and SPN systems. This timely information could be valuable to allocate resources in advance of an epidemic peak, allowing an effective response to sudden changes in the incidence of influenza.

When describing the GFT model, Ginsberg *et al.* [4] indicated that it might be used with good results in any country with a large population of Internet users whose members make regular web searches. The association observed in the present work between the proportion of the population making health-based Internet searches and the strength of the GFT/SPN correlation is in line with the results according to which the strongest GFT/SPN correlations were found in countries where the Internet is more often used as a source for seeking health information. The selected indicator of Internet use in each country (proportion of population that sought health information via the Internet in 2009) describes the health-oriented search habits better than other indirect indicators frequently used (e.g. proportion of households with Internet access, or Internet use at work). The sample (general population of each country) and the period selected (yearly data about Internet use) are representative of the behaviour of European population in the year 2009, and probably highly correlated with the influenza-related searching behaviour during the pandemic.

In conclusion, when disease incidence was high, estimates of the latter based on the GFT model were very similar to those based on SPN data. The GFT model appears robust and could help in epidemiological surveillance by providing more rapid estimates of incidence, i.e. before publication is possible using conventional methods. GFT estimates could well improve in the coming years as actual observations are used to fine-tune the model, and as the use of Internet for finding health information increases. Although the GFT model cannot replace conventional surveillance methods like virological surveillance schemes [5], it may certainly be able to complement them.

### FIGURE 3

Individuals who searched the Internet for health-related information plotted against the correlation between the sentinel physician network/Google Flu Trends results, in eight European countries, 23 March 2009–28 March 2010



### Acknowledgements

We are most grateful to Juan Antonio Blasco Amaro for his support to this work, and to Adrian Burton for the translation of the manuscript.

## References

1. World Health Organization (WHO). Pandemic (H1N1) 2009 press briefings Audio-visual files and transcripts from the briefings, April 2009. Available from: [http://www.who.int/mediacentre/multimedia/swineflupb\\_20090426/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/multimedia/swineflupb_20090426/en/index.html)
2. EUROFLU. WHO/Europe influenza surveillance. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [Accessed 1 Apr 2010]. Available from: [http://www.euroflu.org/cgi-files/bulletin\\_v2.cgi](http://www.euroflu.org/cgi-files/bulletin_v2.cgi)
3. Cheng CK, Lau EH, Ip DK, Yeung AS, Ho LM, Cowling BJ. A profile of the online dissemination of national influenza surveillance data. *BMC Public Health*. 2009;9:339.
4. Ginsberg J, Mohebbi MH, Patel RS, Brammer L, Smolinski MS, Brilliant L. Detecting influenza epidemics using search engine query data. *Nature*. 2009;457:1012-14.
5. Ortiz JR, Zhou H, Shay DK, Neuzil KM, Goss CH. Does Google Influenza Tracking Correlate with Laboratory Tests Positive for Influenza? *Am J Respir Crit Care Med*. 2010;181:A2626
6. Google.org. Flu Trends. Google.org. [Accessed 1 April 2010]. Available from: <http://www.google.org/flutrends/>
7. Wilson N, Mason K, Tobias M, Peacey M, Huang QS, Baker M. Interpreting "Google Flu Trends" data for pandemic H1N1 influenza: The New Zealand experience. *Euro Surveill*. 2009;14(44):pii=19386. Available from: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19386>.
8. Kelly H, Grant K. Interim analysis of pandemic influenza (H1N1) 2009 in Australia: surveillance trends, age of infection and effectiveness of seasonal vaccination. *Euro Surveill*. 2009;14(31):pii=19288. Available from: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19288>.
9. Doornik JA. Improving the Timeliness of Data on Influenza-like Illnesses using Google Search Data. 8th Oxmetrics User Conference, March 18, 2010. Available from: <http://www.gwu.edu/~forcpgm/JurgenDoornik-final-Doornik2009Flu-Jan31.pdf>
10. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). European Influenza Surveillance Network (EISN). Stockholm: ECDC. [Accessed 1 Apr 2010]. Available from: <http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EISN>
11. Réseau Sentinelles France. Situation Épidémiologique en France métropolitaine. Paris. [Accessed 1 Apr 2010]. Available from: <http://websenti.b3e.jussieu.fr/sentiweb>
12. Sistema de Vigilancia de la Gripe en [Influenza Surveillance System in Spain]. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. [Accessed 1 Apr 2010]. Available from: <http://vgripe.isciii.es/gripe>
13. Robert Koch Institute (RKI). Berlin:RKI. [Accessed 1 Apr 2010]. Available from: <http://www.rki.de>
14. Smittskyddsinstitutet (SMI). Stockholm:SMI. [Accessed 1 Apr 2010]. Available from: <http://www.smittskyddsinstitutet.se>
15. European Commission. Eurostat. Luxembourg. [Accessed 1 Apr 2010]. Available from: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
16. Pelat C, Turbelin C, Bar-Hen A, Flahault A, Valleron AJ. More diseases tracked by using Google Trends. *Emerg Infect Dis*. 2009;15(8):1327-8.
17. Valdivia A, Monge-Corella S. Diseases tracked by using Google Trends, Spain. *Emerg Infect Dis*. 2010;16(1):168.

## **Title**

Mental Health in Daughters and Sons of Abused Women

## **Authors:**

Michela Sonogo,<sup>a,b</sup> Myrian Pichiule,<sup>c</sup> Ana Gandarillas,<sup>c</sup> Cristina Polo,<sup>d</sup> María Ordobás<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Consortium for Biomedical Research in Epidemiology and Public Health (*CIBERESP*)  
Madrid, Spain.

<sup>b</sup> National Centre for Epidemiology, Carlos III Institute of Health, Madrid, Spain.

<sup>c</sup> Epidemiology Department, Directorate-General of Public Health, Madrid Regional Health Authority, Madrid. Spain.

<sup>d</sup> Hortaleza Mental Health Department, Madrid Regional Health Authority, Madrid.

## **Author for correspondence:**

Michela Sonogo,  
Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III,  
Monforte de Lemos 6,  
28019, Madrid.

[m.sonogo@externos.isciii.es](mailto:m.sonogo@externos.isciii.es)

[michela\\_sonogo@hotmail.com](mailto:michela_sonogo@hotmail.com)

## **Other authors' e-mail addresses:**

Myrian Pichiule: [myrianpc@hotmail.com](mailto:myrianpc@hotmail.com)

Ana Gandarillas: [ana.gandarillas@salud.madrid.org](mailto:ana.gandarillas@salud.madrid.org)

Cristina Polo: [cristinapolo83@hotmail.com](mailto:cristinapolo83@hotmail.com)

María Ordobás: [maria.ordobas@salud.madrid.org](mailto:maria.ordobas@salud.madrid.org)

## **Acknowledgments**

This study is the result of a thesis presented for a Diploma in the Specialization of “Public health and gender” at the National School of Health, Madrid, Spain. Sincere thanks are due to Diploma Coordinator, María Ángeles Rodríguez Arenas, for her competent, warm and unstinting support.

**Funding:** Madrid Regional Directorate-General of Public Health

## Abstract

**Background and objective:** Children of abused women have a greater risk of mental health problems. This study assesses the association between women's exposure to intimate partner violence (IPV) and the mental health of their children in the population of the Madrid Autonomous Region.

**Methods:** Data were drawn from the "2014 Survey on Intimate Partner Violence against Women in the Madrid Region". Women meeting the definition of IPV answered the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) on the mental health of one of their children aged 4 to 16 years. The comparison group was made up of mother-child dyads that had not been exposed to IPV. We used multivariate analysis to assess whether the children of abused women had a greater probability of having higher SDQ subscale and total scores.

**Results:** A total of 209 mother-child dyads were analyzed, 64 exposed and 145 unexposed to IPV. Exposure to IPV was associated with a high SDQ score (greater risk of mental health problems), with a prevalence ratio of 3.6 (95% CI 1.2–10.3) in girls and 2.4 (95% CI 1.1–5.1) in boys. Among girls, moreover, exposure to IPV was significantly associated with behavioral and inattention/hyperactivity problems.

**Conclusions:** Exposure to IPV is associated with an increased frequency of mental health problems among children in general, and girls in particular. This study reinforces the recommendations to conduct studies with data disaggregated by sex and to address the consequences of IPV in mothers and children jointly.

**Keywords:** Child mental health, Gender violence, Intimate partner violence, Witnessed violence, Child abuse, General population study.

## Introduction

According to the 2015 national macrosurvey on violence against women, 64% of mothers who experience or have experienced gender violence report that their minor children have at some time witnessed violent acts (Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad, 2015).

It is not necessary to be present at the moment of violence to experience its effects: violent acts do not take place in a vacuum but rather in an atmosphere charged with hostility and fear, characterized by the father's dominance over the mother. Living in an insecure family atmosphere due to violence, even without directly witnessing violent acts, has consequences on children's health (MacMillan & Wathen, 2014).

Hence, the term "witnesses of violence", which was used in the first studies to define minors who witnessed acts of gender violence, has been replaced by the broader and more appropriate term, "children exposed to violence" (MacMillan & Wathen, 2014). Exposure to gender violence is currently considered to be a type of child abuse *per se* (R. Gilbert et al., 2009), though it is often associated with other types of maltreatment (physical, sexual, psychological and negligence). Hamby et al., observed that more than one third of minors exposed to IPV in the preceding year had experienced some other type of family maltreatment (Hamby, Finkelhor, Turner, & Ormrod, 2010).

In the literature, exposure to IPV has been linked to different physical health problems. At neonatal age it has been associated with prematurity and low birth weight (Shah, Shah, & Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births, 2010), and, in the case of developing countries, also with child mortality (Rico, Fenn, Abramsky, & Watts, 2011); during childhood and adolescence, it has been associated with asthma (Suglia, Enlow, Kullowatz, & Wright, 2009), failure to thrive (Chai et al., 2016), sleep and eating disorders (Lamers-Winkelmann, De Schipper, & Oosterman, 2012), obesity and overweight (Jun et al., 2012), greater use of healthcare services (Rivara et al., 2007), and tobacco, alcohol and drug abuse (Bair-Merritt, Blackstone, & Feudtner, 2006).

Exposure to IPV during childhood increases the risk of IPV in adolescence and at adult age (Roberts, Gilman, Fitzmaurice, Decker, & Koenen, 2010; Wood & Sommers, 2011).

Adolescents exposed to gender violence in childhood tend to justify the use of violence in their own dating relationships (Lichter & McCloskey, 2004). These beliefs probably begin in childhood, e.g., Graham-Bermann et al., studying schoolgoing children, observed that the frequency and intensity of physical and psychological violence by the father against the mother was associated with how strongly children believed that the man was intrinsically superior and that violence was acceptable or even necessary in family relationships (Graham-Bermann & Brescoll, 2000).

The most widely studied effects of exposure to IPV are those on children's development and psychological wellbeing. In the period between 1978 and 2006, a number of systematic reviews highlighted the association between exposure to IPV and mental health problems in childhood (Evans, Davies, & Dilillo, 2008; Kitzmann, Gaylord, Holt, & Kenny, 2003; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith, & Jaffe, 2003).

The last 10-15 years have seen an increase in the number, variety and quality of studies on the topic. General population studies have confirmed the results of the above systematic reviews, i.e., among minors exposed to IPV there is a rise in mental health problems in general (Ellonen, Piispa, Peltonen, & Oranen, 2013; Kernic et al., 2003), in internalized (McFarlane, Groff, O'Brien, & Watson, 2003; Zinzow et al., 2009) and externalized disorders (Moss, 2003; Vasconcelos et al., 2005), and in symptoms of post-traumatic stress (Saltzman, Holden, & Holahan, 2005). Furthermore, with the increase in the number of studies, other types of effects have been detected, including: lower intelligence quotient scores (Koenen, Moffitt, Caspi, Taylor, & Purcell, 2003); deficits in the area of language, motor, and socio-personal skills (A. L. Gilbert, Bauer, Carroll, & Downs, 2013); dropping out of school (Durand, Schraiber, Franca-Junior, & Barros, 2011; Margolin, Vickerman, Oliver, & Gordis, 2010) and peer problems (Holmes, Voith, & Gromoske, 2015).

There are various possible pathways leading from exposure to IPV to the mental health problem of minors. One of the most widely studied mediating factors is stress: the stress associated with exposure to IPV and other types of traumatic events activates the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, with the ensuing release of cortisol and catecholamines. While these substances can have a positive effect on an acute situation, chronic exposure, whether maternal during pregnancy, or of the children themselves, can give rise to physiologic, and even structural, deregulation in minors (Teicher & Samson, 2016). Constant hyperactivation due to stress in children exposed to gender violence reduces their ability to regulate emotions, which in turn leads to symptoms, both internalized and externalized (Zarling et al., 2013).

IPV can also damage minors through reducing parents' capacity to meet the emotional needs of their children. Frequently, the perpetrator also maltreats the children (Hamby et al., 2010) or displays a hostile and coercive parental style (Stover & Morgos, 2013). The mother may possibly be too affected by IPV to have the necessary health and psychological wellbeing for calm parenting. Several studies have shown an association between the mental health of mothers who suffer IPV and that of their children (Holmes, Yoon, & Berg, 2017; Lieberman, Van Horn, & Ozer, 2005), though there are various other IPV-related factors, such as isolation and lack of social support, which may account for this association (Greeson et al., 2014).

While the literature fully supports the association between women's exposure to IPV and mental health problems among their children, there are also discordant voices (Bauer, Gilbert, Carroll, & Downs, 2013; Helweg-Larsen, Frederiksen, & Larsen, 2011; McCabe, Lucchini, Hough, Yeh, & Hazen, 2005). Discrepancies between studies are usually due to methodological differences or differences in sample selection.

The result of exposure to IPV depends on the stage of the individual girl's or boy's development and her/his personal, social and environmental circumstances. This would explain why some mental disorders can only be found at certain stages of development, e.g.,

in a longitudinal study, Sternberg et al., found that when children were around 10 years old, the mothers of those exposed to IPV reported higher scores in mental health problems than did other mothers; 6 years later, however, there were no longer any significant differences between the exposed and unexposed groups (Sternberg, Lamb, Guterman, & Abbott, 2006). In a recent meta-analysis, Vu et al., showed that the strength of association between IPV and externalizing disorders decreases with age at the time of the violence (Vu, Jouriles, McDonald, & Rosenfield, 2016).

Another reason for the failure to find an association between IPV and mental health is that certain studies, even recent ones published in high-impact journals (Bauer et al., 2013), omit to break down the results by sex. A non-significant association in these types of studies might in reality be concealing a significant association in only one of the two sexes.

The evidence suggests that boys and girls may express their psychological distress differentially in ways that conform to gender role expectations (Patrick T. Davies & Lindsay, 2004). Boys are taught not to cry or show weakness, and their manifestations of aggressiveness are tolerated. Among girls, however, dependent, emotive and passive behavior patterns are encouraged and aggressiveness is repressed (Zahn-Waxler, Shirtcliff, & Marceau, 2008). It is thus easier for girls to express their distress through tears, sadness, anxiety and introspective withdrawal or other internalizing symptoms (Patrick T. Davies & Lindsay, 2004), and for boys to do so through aggressiveness, disobedience or hyperactivity, i.e., externalizing symptoms.

Indeed, the general population shows evidence of a greater tendency towards internalizing problems in girls and externalizing problems in boys (Abad, Forns, & Gómez, 2002; Rajmil et al., 2010). Among minors exposed to IPV, one would expect to find an accentuation of this tendency, since the traditional gender roles, which girls and boys gradually learn from very early ages (Graham-Bermann & Brescoll, 2000), are more marked in a family where the father displays violent behavior (Jennings & Murphy, 2000). A number of studies report an



association between IPV and internalizing problems in girls and externalizing problems in boys (Evans et al., 2008; Jaffe, Wolfe, Wilson, & Zak, 1986; Yates, Dodds, Sroufe, & Egeland, 2003). Yet there are also studies that find no differences (Kernic et al., 2003; Kouros, Cummings, & Davies, 2010; McFarlane et al., 2003; Moss, 2003), or even find a higher frequency of externalizing problems in girls (Sternberg et al., 2006).

Despite the growing interest in Spain in the consequences of IPV on children, documented by numerous review articles and books (Czalbowski, 2015), little field work has been done on the subject. Existing studies analyze the problem in the children of women attended by gender violence centers or services (Alcántara, López-Soler, Castro, & López, 2013; Bayarri Fernandez, Ezpeleta, Granero, de la Osa, & Domenech, 2011; de la Vega, de la Osa, Ezpeleta, Granero, & Domènech, 2011; Izaguirre & Calvete, 2015) or mental health centers (Polo Usaola, Olivares Zarco, López Gironés, Rodríguez Vega, & Fernández Liria, 2003). These studies, though necessary, represent the children of mothers who have experienced a very severe degree of gender violence. In the general population, only a minority of abused women resort to purpose-designed gender violence services (17.5% in the 2014 Madrid Regional Survey (Pichiule M, Gandarillas A, Ordobás M, Sonogo M et al., 2014)). It is thus necessary to study the consequences of IPV on children in general population samples in which every degree of violence is represented.

Accordingly, our study's main aim was to ascertain whether there was an association between exposure to IPV and mental health problems in children in the general population. Two secondary goals were also set: first, to assess whether exposure to IPV might be differentially associated with mental health problems in boys and girls, based on the hypothesis that, if differences were indeed found, these would tend in the direction envisaged by gender stereotypes; and second, to ascertain whether there were differences between children who had witnessed or heard violent acts and those who had not witnessed such acts.

## Methods

### Study population and composition of the sample

The study data were drawn from the “3rd Survey on Intimate Partner Violence against Women in the Madrid Region”, conducted in 2014 by the Madrid Regional Health Authority (Pichiule M, Gandarillas A, Ordobás M, Sonogo M et al., 2014). The Madrid Region (*Comunidad de Madrid*) is eminently urban and has over 6 million inhabitants. The survey is conducted every 5 years on a representative sample of women aged 18 to 70 years, who have a current partner or have had contact with an ex-partner in the 12 months preceding the survey. Data is collected by means of a computer-assisted telephone survey.

The response rate in 2014 was 60.5%. A total of 2992 women were interviewed, 228 of whom fulfilled the case definition of IPV in the preceding 12 months (7.6%). The definition was drawn from a validated 26-item questionnaire (Zorrilla B, Morant C, Polo C, et al., 2005), with questions addressing psychological and sexual violence based on the National Survey on Violence against Women in France (*Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France/ENVEFF*) (Jaspard M, Brown E, Condon S, et al., 2002) and those addressing physical violence based on the USA Conflict Tactics Scale (Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996).

Women who met the IPV case definition and had children aged 4 to 16 years, answered the Spanish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 2014-a), on one of their children selected at random. The exposed group was made up of mother-child dyads that completed the SDQ. From among IPV-free women, we selected an unexposed group of double the size, maintaining the same proportion of boys and girls with the same proportion by age strata (4-7, 8-11, and 12-16 years) as the exposed group.

### Study variables

The dependent variable was presence of mental health problems among minors, as assessed by the SDQ, an instrument that has shown its validity and reliability in both its original

(Goodman, 2001) and Spanish versions (Gómez-Beneyto et al., 2013). The total SDQ difficulties score (range 0 through 40) is obtained by summing the first four subscales of the questionnaire. As in the original study, a total score of 0 to 13 was defined as “normal”, and a total score  $\geq 14$  as borderline/abnormal, indicative of possible mental health problems. On the subscales, the following values were considered normal:  $<4$  in emotional problems;  $<3$  in behavioral problems;  $<6$  in hyperactivity/inattention problems; and  $<3$  in peer problems (Goodman, 2016-b).

The independent variable was exposure to IPV. A child was deemed to be exposed to IPV if the mother met the case definition of IPV in the preceding 12 months.

In some analyses, children’s exposure to IPV was categorized as: “direct”, if the mother who had experienced IPV answered positively to the question, “Did any of your children witness or hear your partner’s violent behavior?”; or otherwise as “indirect”.

As adjustment variables, we chose mother’s educational level (university or non-university) and country of birth (Spain or abroad). In the literature, both variables are associated with IPV (Rees et al., 2011; Vives-Cases et al., 2010) and children’s mental health (Sonego, Llácer, Galán, & Simón, 2013). We also adjusted for children’s age, expressed as a continuous variable.

### Statistical analysis

We performed an analysis stratified by sex, describing the characteristics of the children in the IPV-exposed and -unexposed groups. Using Pearson’s  $\chi^2$ , we compared the percentage of subjects in the two groups with high SDQ total and subscale scores. The t-test was used to compare mean total and subscale scores. We constructed a multivariate model for mental health problems according to the SDQ total and (four) subscale scores, and calculated the prevalence ratio (PR) between those exposed and unexposed to IPV and their respective 95% confidence intervals, using Poisson regression with a robust estimator of variance (Petersen & Deddens, 2008).

Another multivariate model was used to compare the prevalence of high SDQ scores by type of exposure of children to IPV, i.e., none, indirect or direct.

A  $p$ -value $<0.05$  was considered statistically significant. All analyses were performed using the STATA statistical software package, version 10.

## Results

Of the 228 women who met the IPV case definition, 76 had children ages 4 to 16 years. The unexposed group thus comprised 152 mother-child dyads. A total of 64 (84.2%) IPV-exposed and 149 (98%) IPV-unexposed women agreed to answer the SDQ. Four dyads were subsequently discarded from the unexposed group for lacking the mother's educational level. The final sample was made up of 209 minors, 64 with abused mothers and 145 with IPV-free mothers, whose main characteristics are shown in Table 1. The percentage of children with foreign mothers was far higher in the exposed than in the unexposed group (54.7% versus 16.5%,  $p<0.001$ ) (Table 1).

The risk of having mental health problems was higher among boys exposed to IPV than in those who had not been exposed to IPV (28.1% versus 13.5%), within an association that was on the borderline of statistical significance. Among girls, the difference between the exposed and unexposed groups was even greater (28.1% versus 8.4%), and the association was significant ( $p=0.009$ ) (Table 2).

On each of the sub-scales, among boys and girls alike, the percentage of subjects with a high score was higher among children of abused mothers than in the comparison group. In boys statistical significance was not reached in any case, whereas in girls it was reached on three subscales, i.e., emotional, behavioral, and inattention/hyperactivity problems (Table 2).

After adjusting for possible confounding variables, the probability of having mental health problems was 3.6-fold higher (95% CI 1.2–10.3;  $p=0.018$ ) in exposed versus unexposed girls and 2.4-fold higher (95% CI 1.1–5.1;  $p=0.027$ ) in exposed versus unexposed boys (Table 3).

As against the comparison group, exposed girls had an almost three-fold higher frequency of behavioral problems ( $p=0.003$ ), a 2.5-fold higher frequency of emotional problems ( $p=0.051$ ) and a 2.2-fold higher frequency of inattention/hyperactivity problems ( $p=0.03$ ); exposed boys had a 2.2-fold higher frequency of peer problems ( $p=0.051$ ). Similar results were obtained when a sensitivity analysis was performed using the total SDQ score used as a continuous variable.

Stratifying the total SDQ results by children's direct or indirect exposure to IPV showed that, with respect to the comparison group, a high SDQ score was 5 times more frequent among girls with direct exposure and "only" 2.5 times more frequent among girls with indirect exposure. Among boys, in contrast, there were no major differences between direct and indirect exposure (Table 4).

## **Discussion**

The results of this study show that the children of mothers exposed to IPV have a higher likelihood of having mental health problems than do other minor children. Girls appear to be more vulnerable to the consequences of IPV: the magnitude of association with the total SDQ score is higher than in boys, and, unlike boys, girls display a significant increase in behavioral and inattention/hyperactivity problems. Similarly, the association is of greater magnitude in cases where the mother reports that her daughter has been directly exposed to IPV.

### Discussion of results

The clear association seen in both sexes between exposure to IPV and an increased probability of having a high SDQ score -indicative of a higher global risk of experiencing mental health problems- is in line with the bulk of the literature on the subject (Kitzmann et al., 2003; McFarlane et al., 2003; Moss, 2003; Wolfe et al., 2003; Zinzow et al., 2009),

including a general population study which used the SDQ to assess mental health (Ellonen et al., 2013).

In terms of specific problems, our study observed different patterns in boys and girls, in contrast with other general population studies which failed to find important differences (Kernic et al., 2003; Kouros et al., 2010; McFarlane et al., 2003; Moss, 2003). However, no comparison could be made with a number of other general population studies, owing to the fact that their results were not stratified by sex (Bauer et al., 2013; Durand et al., 2011; Kernic et al., 2002; Saltzman et al., 2005; Vasconcelos et al., 2005; Zinzow et al., 2009).

Our hypothesis was that, in the event of finding differences, these would be in the direction envisaged by gender stereotypes, namely, that maternal IPV would be associated with an increase in internalizing problems among girls and an increase in externalizing problems among boys. The results partially confirm this hypothesis, inasmuch as emotional problems are more frequent in exposed than in unexposed girls, whereas there are no differences among boys. The type of feminine socialization that fosters prioritization of ties, concern for others, and care (Levinton Dolman, 2010), might account for girls' greater involvement in interparental conflict as compared to boys. Davies et al. observed that the relationship between IPV and internalizing symptoms was greater in girls than in boys, and that the tendency among girls to remain in communion with others accounted for part of this association (Patrick T. Davies & Lindsay, 2004).

In our study, however, behavioral and hyperactivity/inattention problems were associated with IPV in girls but not in boys. This finding, which runs counter to what would be expected, is not isolated in the literature, in that other studies have, analogously, shown a greater susceptibility among IPV-exposed girls to experience behavioral problems (P. T. Davies & Windle, 1997), engage in peer bullying (Baldry, 2003), display social problems (Alcántara et al., 2013), and have scores indicative of externalized disorders (Sternberg et al., 2006).

In a study on boys and girls aged 9 to 19 years, Cummings observed that girls expressed more feelings of anger and boys more feelings of sadness when watching recorded scenes of aggression between adults (E. M. Cummings, Ballard, & El-Sheikh, 1991). In a subsequent study, the same author found that, in a group of schoolgoing children admitted to shelters for abused women, while both girls and boys had more internalizing symptoms than the control group, only the girls had more externalizing symptoms (J. G. Cummings, Pepler, & Moore, 1999).

One factor which we were unable to study and which might account for the externalizing symptoms found in girls, is conflict between fathers and daughters. In his 1999 study, Cummings found that girls who lived in the shelters received greater verbal aggression from the father than did boys. A violent father might, according to the author's interpretation, identify his wife in the person of his daughters, while girls, on the other hand, being sensitive to their mother's distress and anger, might show themselves to be more defiant and combative toward the father (J. G. Cummings et al., 1999).

The discrepancy between studies as regards the differences between girls and boys might, at least in part, be attributable to an interaction between sex and age. It has been shown that the IPV-related increase in externalizing problems among boys and internalizing problems among girls may only exist at an early age, and may subsequently become inverted in adolescence (Patrick T. Davies & Lindsay, 2004).

Another difference between boys and girls in our study is that girls with direct exposure to IPV are twice as likely to have a high SDQ score than do girls with indirect exposure; among boys, in contrast, there are no differences between direct and indirect exposure. In their above-mentioned review, Kitzmann et al., took studies which defined exposure to IPV as having seen or heard violent acts, and compared them with those which assumed exposure to exist in any case where the minor lived in a home where the mother was abused: there were no differences between the two types of studies when it came to effects on the mental health

of minors (Kitzmann et al., 2003). Here again, however, the absence of stratification by sex might have concealed the presence of an association.

### Strengths and limitations

This study is among the first in Spain to have explored the association between IPV and mental health in boys and girls in a general population sample. Stratification of results by sex enabled us to explore and interpret the differences between boys and girls.

The relationship between exposure to IPV and mental health in minors is complex and is influenced by many more factors than those that we were able to study. The fact that the study was undertaken in the context of a survey focused on women meant that we have little information on their children; in particular, we know nothing about any possible physical, sexual or emotional maltreatment targeted at such children. In the two systematic reviews mentioned above, minor children who, in addition to exposure to gender violence, also experienced abuse, did not register a higher prevalence of mental health problems (Kitzmann et al., 2003) or only registered a minimal, non-significant increase in mental health problems (Wolfe et al., 2003) with respect to others who were solely exposed to violence. It is thus probable that the presence of other types of maltreatment would not alter our results. Even so, we feel that data on maltreatment of children would have contributed important information. The low number of participants compared with other population studies may account for the lack of conclusive results for sub-scales in boys. Similarly, the limited size of the sample prevented us from stratifying by age group while simultaneously maintaining separate analyses for the two sexes. Accordingly, we were unable to analyze the possible interaction between sex and age reported in the literature.

The children could not be personally interviewed and, despite the good correlation between SDQ reported by parents and SDQ self-reported by adolescents (Goodman, Ford, Simmons, Gatward, & Meltzer, 2000), having the mother as the sole informant may have led to distortions: it has been seen, for instance, that mothers who present with depression tend to



report worse mental health than do the boys and girls themselves (Najman et al., 2000).

Furthermore, there is no complete concordance between mothers and children as regards exposure to IPV (Simmons, Craun, Farrar, & Ray, 2016).

#### Implications for future research

In Spain, further general population studies with larger-sized samples are needed to confirm the close relationship observed between exposure to IPV and mental health problems in girls and boys. To date, available information on minors' exposure to IPV has been indirect: the standard practice is to indicate what percentage of women who experience gender violence have minor children and, at the most, what percentage of such children have witnessed or heard violent acts. Nevertheless, there is a need for studies at a population level targeted at minors, to enable the following to be obtained: direct prevalence figures; all the important variables relating to boys and girls; and, in adolescents at least, a self-assessment of their own mental health, in addition to the mother's assessment. To help us understand the mechanisms whereby mental health problems develop, qualitative studies targeting exposed adolescents are likewise necessary.

In general, and not in Spain alone, it is important to highlight the need to stratify analyses and results by sex, so as to be able to continue investigating the differences due to sex and gender and acquire in-depth knowledge, which might, in turn, allow for more specific attention to be offered to boys and girls.

#### Implications for practice

The poor mental health of exposed children, apart from being yet another reason for combating gender violence, is also an important fact to be borne in mind in all IPV and child maltreatment policies in health care practice. Our study data reinforce the urgent need for such measures.

It is important to put into practice the recent recommendation of the child maltreatment protocol (Observatorio de la infancia; Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad,

2014) to provide specialized care to children and mothers jointly, by ensuring coordination between child care services and those for abused women.

The results of this and other studies on exposure to IPV should be disseminated, particularly among pediatricians, to ensure that: first, they bear in mind the high prevalence of mental disorders in minors exposed to IPV; and second, when faced with a boy or girl with a mental disorder, they entertain the suspicion of a possible IPV situation in the family. In this respect, in any case of suspected IPV, close collaboration between general practitioners and pediatricians is essential to facilitate detection of the problem and coordinate any ensuing actions.

## References

- Abad, J., Forns, M., & Gómez, J. (2002). Emotional and Behavioral Problems as Measured by the YSR. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(2), 149–157.  
<https://doi.org/10.1027//1015-5759.18.2.149>
- Alcántara, M.-V., López-Soler, C., Castro, M., & López, J. J. (2013). Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: prevalencia y diferencias de género y edad [Psychological disorders in children exposed to intimate partner violence: prevalence and gender and age differences]. *Anales de Psicología*, 29(3), 741–747. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.171481>
- Bair-Merritt, M. H., Blackstone, M., & Feudtner, C. (2006). Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. *Pediatrics*, 117(2), e278–290. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1473>
- Baldry, A. C. (2003). Bullying in schools and exposure to domestic violence. *Child Abuse & Neglect*, 27(7), 713–732.
- Bauer, N. S., Gilbert, A. L., Carroll, A. E., & Downs, S. M. (2013). Associations of early exposure to intimate partner violence and parental depression with subsequent mental health outcomes. *JAMA Pediatrics*, 167(4), 341–347.  
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.780>
- Bayarri Fernández, E., Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N., & Domenech, J. M. (2011). Degree of exposure to domestic violence, psychopathology, and functional impairment in children and adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(6), 1215–1231. <https://doi.org/10.1177/0886260510368155>
- Chai, J., Fink, G., Kaaya, S., Danaei, G., Fawzi, W., Ezzati, M., ... Smith Fawzi, M. C. (2016). Association between intimate partner violence and poor child growth: results from 42 demographic and health surveys. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(5), 331–339. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.152462>
- Cummings, E. M., Ballard, M., & El-Sheikh, M. (1991). Responses of Children and Adolescents to Interadult Anger as a Function of Gender, Age, and Mode of Expression. *Merrill-Palmer Quarterly*, 37(4), 543–560.
- Cummings, J. G., Pepler, D. J., & Moore, T. E. (1999). Behavior Problems in Children Exposed to Wife Abuse: Gender Differences. *Journal of Family Violence*, 14(2), 133–156. <https://doi.org/10.1023/A:1022024702299>

- Czalbowski, S. (2015). Detrás de la pared: una mirada multidisciplinar acerca de los niños, niñas y adolescentes expuestos a la violencia de género. [Behind the wall: a multidisciplinary look at children exposed to gender violence] Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Davies, P. T., & Lindsay, L. L. (2004). Interparental conflict and adolescent adjustment: why does gender moderate early adolescent vulnerability? *Journal of Family Psychology*, 18(1), 160–170. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.18.1.160>
- Davies, P. T., & Windle, M. (1997). Gender-specific pathways between maternal depressive symptoms, family discord, and adolescent adjustment. *Developmental Psychology*, 33(4), 657–668.
- De la Vega, A., de la Osa, N., Ezpeleta, L., Granero, R., & Domènech, J. M. (2011). Differential effects of psychological maltreatment on children of mothers exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect*, 35(7), 524–531. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.03.006>
- Durand, J. G., Schraiber, L. B., Franca-Junior, I., & Barros, C. (2011). Impact of exposure to intimate partner violence on children's behavior. *Revista de saude publica*, 45(2), 355–364.
- Ellonen, N., Piispa, M., Peltonen, K., & Oranen, M. (2013). Exposure to parental violence and outcomes of child psychosocial adjustment. *Violence and Victims*, 28(1).
- Evans, S. E., Davies, C., & Dilillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggress. Violent Behav*, 13(2).
- Gilbert, A. L., Bauer, N. S., Carroll, A. E., & Downs, S. M. (2013). Child exposure to parental violence and psychological distress associated with delayed milestones. *Pediatrics*, 132(6), e1577–1583. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1020>
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Gómez-Beneyto, M., Nolasco, A., Moncho, J., Pereyra-Zamora, P., Tamayo-Fonseca, N., Munarriz, M., ... Girón, M. (2013). Psychometric behaviour of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) in the Spanish national health survey 2006. *BMC Psychiatry*, 13(1), 95. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-95>
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>

- Goodman, R. (2014-a). Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas). Retrieved January 29, 2017, from <http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Spanish>
- Goodman, R. (2016-b). Scoring the Strengths & Difficulties Questionnaire for age 4-17. Retrieved January 29, 2017, from [http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Englishqz\(UK\)](http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Englishqz(UK))
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 534–539.
- Graham-Bermann, S. A., & Brescoll, V. (2000). Gender, power, and violence: assessing the family stereotypes of the children of batterers. *Journal of Family Psychology*, 14(4), 600–612.
- Greeson, M. R., Kennedy, A. C., Bybee, D. I., Beeble, M., Adams, A. E., & Sullivan, C. (2014). Beyond deficits: intimate partner violence, maternal parenting, and child behavior over time. *American Journal of Community Psychology*, 54(1-2). <https://doi.org/10.1007/s10464-014-9658-y>
- Hamby, S., Finkelhor, D., Turner, H., & Ormrod, R. (2010). The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth. *Child Abuse & Neglect*, 34(10), 734–741. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.03.001>
- Helweg-Larsen, K., Frederiksen, M. L., & Larsen, H. B. (2011). Violence, a risk factor for poor mental health in adolescence: a Danish nationally representative youth survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(8), 849–856. <https://doi.org/10.1177/1403494811421638>
- Holmes, M. R., Voith, L. A., & Gromoske, A. N. (2015). Lasting effect of intimate partner violence exposure during preschool on aggressive behavior and prosocial skills. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(10), 1651–1670. <https://doi.org/10.1177/0886260514552441>
- Holmes, M. R., Yoon, S., & Berg, K. A. (2017). Maternal depression and intimate partner violence exposure: Longitudinal analyses of the development of aggressive behavior in an at-risk sample. *Aggressive Behavior*. <https://doi.org/10.1002/ab.21696>
- Izaguirre, A., & Calvete, E. (2015). Children who are exposed to intimate partner violence: Interviewing mothers to understand its impact on children. *Child Abuse & Neglect*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.002>

- Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S. K., & Zak, L. (1986). Family violence and child adjustment: a comparative analysis of girls' and boys' behavioral symptoms. *The American Journal of Psychiatry*, 143(1), 74–77.
- Jaspard M, Brown E, Condon S. (2003). Enquête nacional sur le violences envers les femmes en France (ENVEFF) [National survey on violence against women in France]. Paris: La Documentation des femmes.
- Jennings, J. L., & Murphy, C. M. (2000). Male–male dimensions of male–female battering: A new look at domestic violence. *Psychology of Men & Masculinity*, 1(1), 21–29.  
<https://doi.org/10.1037/1524-9220.1.1.21>
- Jun, H.-J., Corliss, H. L., Boynton-Jarrett, R., Spiegelman, D., Austin, S. B., & Wright, R. J. (2012). Growing up in a domestic violence environment: relationship with developmental trajectories of body mass index during adolescence into young adulthood. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(7), 629–635.  
<https://doi.org/10.1136/jech.2010.110932>
- Kernic, M. A., Holt, V. L., Wolf, M. E., McKnight, B., Huebner, C. E., & Rivara, F. P. (2002). Academic and school health issues among children exposed to maternal intimate partner abuse. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(6), 549–555.
- Kernic, M. A., Wolf, M. E., Holt, V. L., McKnight, B., Huebner, C. E., & Rivara, F. P. (2003). Behavioral problems among children whose mothers are abused by an intimate partner. *Child Abuse & Neglect*, 27(11), 1231–1246.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339–352.
- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., & Purcell, S. (2003). Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. *Development and Psychopathology*, 15(2).
- Kouros, C. D., Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2010). Early trajectories of interparental conflict and externalizing problems as predictors of social competence in preadolescence. *Development and Psychopathology*, 22(3), 527–537.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579410000258>
- Lamers-Winkelmann, F., De Schipper, J. C., & Oosterman, M. (2012). Children's physical health complaints after exposure to intimate partner violence. *British Journal of Health Psychology*, 17(4), 771–784. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2012.02072.x>

- Levinton Dolman, N. (2010). *El superyó femenino: La moral en las mujeres. [The feminine superego. Morality in women.]* Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lichter, E. L., & McCloskey, L. A. (2004). The Effects of Childhood Exposure to Marital Violence on Adolescent Gender-Role Beliefs and Dating Violence. *Psychology of Women Quarterly*, 28(4), 344–357. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2004.00151.x>
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ozer, E. J. (2005). Preschooler witnesses of marital violence: predictors and mediators of child behavior problems. *Development and Psychopathology*, 17(2), 385–396.
- MacMillan, H. L., & Wathen, C. N. (2014). Children's exposure to intimate partner violence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2). <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.008>
- Margolin, G., Vickerman, K. A., Oliver, P. H., & Gordis, E. B. (2010). Violence exposure in multiple interpersonal domains: cumulative and differential effects. *The Journal of Adolescent Health*, 47(2). <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.01.020>
- McCabe, K. M., Lucchini, S. E., Hough, R. L., Yeh, M., & Hazen, A. (2005). The relation between violence exposure and conduct problems among adolescents: a prospective study. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 75(4), 575–584. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.4.575>
- McFarlane, J. M., Groff, J. Y., O'Brien, J. A., & Watson, K. (2003). Behaviors of children who are exposed and not exposed to intimate partner violence: an analysis of 330 black, white, and Hispanic children. *Pediatrics*, 112(3 Pt 1), e202–207.
- Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015 (2015). [Macrosurvey on violence against women 2015] Retrieved January 14, 2017, from [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro\\_22\\_Macroencuesta2015.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf)
- Moss, K. (2003). Witnessing violence--aggression and anxiety in young children. *Health Reports*, 14 Suppl, 53-66.
- Najman, J. M., Williams, G. M., Nikles, J., Spence, S., Bor, W., O'Callaghan, M., ... Andersen, M. J. (2000). Mothers' mental illness and child behavior problems: cause-effect association or observation bias? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(5), 592–602. <https://doi.org/10.1097/00004583-200005000-00013>
- Observatorio de la infancia; Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. (2014). Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar.

- [Basic protocol for intervention against child abuse in the family] Retrieved January 14, 2016, from [http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/Protocolo\\_Maltrato\\_9\\_de\\_junio.pdf](http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/Protocolo_Maltrato_9_de_junio.pdf)
- Petersen, M. R., & Deddens, J. A. (2008). A comparison of two methods for estimating prevalence ratios. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-9>
- Pichiule M, Gandarillas A, Ordobás M, Sonego M et al., (2014). Violencia de pareja hacia las mujeres: 3º Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2014 [Intimate partner violence against women: 3rd survey for the study of the magnitude of, trend in and impact on health in the Region of Madrid, 2014]. *Madrid: Consejería de Sanidad. Dirección General de Atención Primaria.*
- Polo Usaola, C., Olivares Zarco, D., López Gironés, M., Rodríguez Vega, B., & Fernández Liria, A. (2003). Consecuencias sobre los hijos del maltrato a la mujer en la relación de pareja [Consequences of intimate partner violence on children]. *Archivos de psiquiatría*, 141–153.
- Rajmil, L., López-Aguilà, S., Mompert Penina, A., Medina Bustos, A., Rodríguez Sanz, M., & Brugulat Guiteras, P. (2010). Desigualdades sociales en la salud mental infantil en Cataluña. [Social inequalities in children's mental health in Catalonia] *Anales de Pediatría*, 73(5), 233–240. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2010.02.022>
- Rees, S., Silove, D., Chey, T., Ivancic, L., Steel, Z., Creamer, M., ... Forbes, D. (2011). Lifetime prevalence of gender-based violence in women and the relationship with mental disorders and psychosocial function. *JAMA*, 306(5), 513–521. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1098>
- Rico, E., Fenn, B., Abramsky, T., & Watts, C. (2011). Associations between maternal experiences of intimate partner violence and child nutrition and mortality: findings from Demographic and Health Surveys in Egypt, Honduras, Kenya, Malawi and Rwanda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(4), 360–367. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.081810>
- Rivara, F. P., Anderson, M. L., Fishman, P., Bonomi, A. E., Reid, R. J., Carrell, D., & Thompson, R. S. (2007). Intimate partner violence and health care costs and utilization for children living in the home. *Pediatrics*, 120(6), 1270–1277. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1148>



- Roberts, A. L., Gilman, S. E., Fitzmaurice, G., Decker, M. R., & Koenen, K. C. (2010). Witness of intimate partner violence in childhood and perpetration of intimate partner violence in adulthood. *Epidemiology*, 21(6), 809–818.  
<https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181f39f03>
- Saltzman, K. M., Holden, G. W., & Holahan, C. J. (2005). The psychobiology of children exposed to marital violence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 129–139. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3401\\_12](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3401_12)
- Shah, P. S., Shah, J., & Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. (2010). Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *Journal of Women's Health* (2010), 19(11), 2017–2031. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2051>
- Simmons, C. A., Craun, S. W., Farrar, M., & Ray, R. (2016). Differences and Similarities in Mother and Child Reports About IPV Risks: Concordance Is Likely but Cannot Be Assumed. *Violence Against Women*, 1077801216663656.  
<https://doi.org/10.1177/1077801216663656>
- Sonego, M., Llácer, A., Galán, I., & Simón, F. (2013). The influence of parental education on child mental health in Spain. *Quality of Life Research* 22(1), 203–211.  
<https://doi.org/10.1007/s11136-012-0130-x>
- Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Guterman, E., & Abbott, C. B. (2006). Effects of early and later family violence on children's behavior problems and depression: a longitudinal, multi-informant perspective. *Child Abuse & Neglect*, 30(3).  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.10.008>
- Stover, C. S., & Morgos, D. (2013). Fatherhood and Intimate Partner Violence: Bringing the Parenting Role into Intervention Strategies. *Professional Psychology, Research and Practice*, 44(4), 247–256. <https://doi.org/10.1037/a0031837>
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. U. E., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Development and Preliminary Psychometric Data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283–316.  
<https://doi.org/10.1177/019251396017003001>
- Suglia, S. F., Enlow, M. B., Kullowatz, A., & Wright, R. J. (2009). Maternal intimate partner violence and increased asthma incidence in children: buffering effects of supportive caregiving. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(3), 244–250.  
<https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2008.555>

- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 57(3), 241–266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>
- Vasconcelos, M. M., Malheiros, A. F. de A., Werner, J. J., Brito, A. R., Barbosa, J. B., Santos, I. S. O., & Lima, D. F. N. (2005). [Contribution of psychosocial risk factors for attention deficit/hyperactivity disorder]. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 63(1). <https://doi.org/S0004-282X2005000100013>
- Vives-Cases, C., Gil-González, D., Ruiz-Pérez, I., Escribà-Agüir, V., Plazaola-Castaño, J., Montero-Piñar, M. I., & Torrubiano-Domínguez, J. (2010). Identifying sociodemographic differences in Intimate Partner Violence among immigrant and native women in Spain: a cross-sectional study. *Preventive Medicine*, 51(1), 85–87. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.03.017>
- Vu, N. L., Jouriles, E. N., McDonald, R., & Rosenfield, D. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, 46, 25–33. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.003>
- Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 171–187.
- Wood, S. L., & Sommers, M. S. (2011). Consequences of intimate partner violence on child witnesses: a systematic review of the literature. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(4), 223–236. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2011.00302.x>
- Yates, T. M., Dodds, M. F., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2003). Exposure to partner violence and child behavior problems: a prospective study controlling for child physical abuse and neglect, child cognitive ability, socioeconomic status, and life stress. *Development and Psychopathology*, 15(1), 199–218.
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275–303. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091358>
- Zarling, A. L., Taber-Thomas, S., Murray, A., Knuston, J. F., Lawrence, E., Valles, N.-L., ... Bank, L. (2013). Internalizing and externalizing symptoms in young children exposed to intimate partner violence: examining intervening processes. *Journal of Family Psychology*: 27(6), 945–955. <https://doi.org/10.1037/a0034804>

Zinzow, H. M., Ruggiero, K. J., Resnick, H., Hanson, R., Smith, D., Saunders, B., & Kilpatrick, D. (2009). Prevalence and mental health correlates of witnessed parental and community violence in a national sample of adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 50(4), 441–450.  
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02004.x>

Zorrilla B, Morant C, Polo C, et al., (2005). Validación de un cuestionario para la violencia de pareja hacia las mujeres [Validation of a questionnaire on intimate partner violence against women]. *Gaceta Sanitaria*, 19 (Supl. 1), 53.

Table 1. Characteristics of mothers and children in the IPV-exposed and -unexposed groups.

		<b>Exposed group (N=64)</b>	<b>Unexposed group (N=145)</b>	
<b>Variables</b>		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>p Chi<sup>2</sup></b>
Mother's educational level	University	16 (25.0)	54 (37.2)	0.084
	Non-university	48 (75.0)	91 (62.8)	
Foreign mother	No	26 (40.6)	116 (80.0)	<0.001
	Yes	38 (59.4)	29 (20.0)	
Sex	Boy	32 (50.0)	74 (51.0)	0.890
	Girl	32 (50.0)	71 (49.0)	
Age of minors	4-7 years	22 (34.4)	52 (35.9)	0.979
	8-11 years	24 (37.5)	53 (36.6)	
	12-16 years	18 (28.1)	40 (27.6)	
Age in years of children (continuous variable)		<b>mean (SD)</b>	<b>mean (SD)</b>	<b>p t-test</b>
		9.4 (3.4)	9.4 (3.7)	0.943

IPV= Intimate partner violence

Table 2. Bivariate association between exposure to IPV and mental health of boys and girls

	<b>Boys</b>			<b>Girls</b>		
	<b>Exposed group (N=32)</b>	<b>Unexposed group (N=74)</b>		<b>Exposed group (N=32)</b>	<b>Unexposed group (N=71)</b>	
<b>Dichotomous variables</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>p Chi<sup>2</sup></b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>p Chi<sup>2</sup></b>
High SDQ score	9 (28.1)	10 (13.5)	0.072	9 (28.1)	6 (8.4)	0.009
Emotional problems	5 (15.6)	9 (12.2)	0.629	11 (34.4)	10 (14.1)	0.018
Behavioral problems	9 (28.1)	17 (22.0)	0.571	12 (37.5)	10 (14.1)	0.007
Inattention and hyperactivity problems	8 (25.0)	16 (21.6)	0.703	12 (37.5)	13 (18.3)	0.036
Peer problems	9 (28.1)	10 (13.5)	0.072	10 (31.2)	11 (15.5)	0.066
<b>Continuous variables</b>	<b>mean (SD)</b>	<b>mean (SD)</b>	<b>p t-test</b>	<b>mean (SD)</b>	<b>mean (SD)</b>	<b>p t-test</b>
Total SDQ score	9.8 (6.0)	7.6 (5.2)	0.064	11.1 (6.8)	7.0 (4.6)	0.001
Emotional problems	1.9 (1.8)	1.5 (1.6)	0.242	3.0 (2.7)	1.5 (1.7)	0.001
Behavioral problems	1.8 (1.8)	1.5 (1.8)	0.422	2.1 (1.7)	1.1 (1.3)	0.004
Inattention and hyperactivity problems	4.3 (2.8)	3.4 (2.6)	0.143	4.1 (2.7)	3.3 (2.6)	0.154
Peer problems	1.8 (1.8)	1.1 (1.5)	0.071	1.9 (1.8)	1.1 (1.4)	0.015

IPV= Intimate partner violence

Table 3. Prevalence ratio of mental health problems in boys and girls, and exposure to IPV

Variables of mental health	Boys			Girls		
	PR*	95% IC	p-value	PR*	95% IC	p-value
High total SDQ score	2.4	(1.1 - 5.1)	0.027	3.6	(1.2 – 10.3)	0.018
Emotional problems	1.5	(0.6 - 3.5)	0.409	2.5	(1.0 – 6.0)	0.051
Behavioral problems	1.4	(0.7 - 2.8)	0.284	2.9	(1.4 – 6.0)	0.003
Inattention/hyperactivity problems	1.0	(0.5 - 2.1)	0.948	2.2	(1.1 - 4.7)	0.030
Peer problems	2.2	(1.0 - 5.0)	0.051	1.2	(0.5 - 3.1)	0.654

IPV= Intimate partner violence. PR= prevalence ratios in the exposed group vs. the unexposed group. CI= confidence interval.

\*Adjusted for: educational level and mother's country of birth; boys' and girls' age

Table 4. Prevalence ratio of high SDQ score in boys and girls, by type of exposure\*\* to IPV

	Boys				Girls			
	Total N	High SDQ score n (%)	PR* (95% IC)	p- value	Total N	High SDQ score n (%)	PR* (95% IC)	p- value
Unexposed group	74	10 (13.5)	Reference		71	6 (8.4)	Reference	
Children with “indirect” exposure to IPV	21	6 (28.6)	2.7 (1.2 - 6.2)	0.017	20	4 (20.0)	2.5 (0.7 - 8.5)	0.141
Children with “direct” exposure to IPV	11	3 (27.3)	1.9 (0.6 - 5.8)	0.247	12	5 (41.7)	5.2 (1.7-16.4)	0.005

IPV= Intimate partner violence. PR= prevalence ratio. CI= confidence interval.

\*Adjusted for: educational level and mother's country of birth; boys' and girls' age

\*\*Categorized as: “direct”, if the mother who experienced IPV, answered positively to “Did some of their boys/girls witness or hear the violent behaviour of your partner?”; or otherwise as “indirect”.

## ORIGINAL

VIOLENCIA DE PAREJA EN JÓVENES DE 15 A 16 AÑOS  
DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Myrian Pichiule Castañeda (1), Ana María Gandarillas Grande (1), Lucía Díez-Gañán (1),  
Michela Sonego (2) y María Ascensión Ordobás Gavín (1).

(1) Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud.

(2) Institute for Maternal and Child Health – Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico “Burlo Garofolo”. Trieste. Italia

Sin conflicto de intereses

## RESUMEN

**Fundamentos:** La violencia de pareja en jóvenes es un importante problema de salud pública por su magnitud y repercusiones. El objetivo fue estimar su prevalencia según sexo y su asociación con factores socio-demográficos y conductas de riesgo para la salud.

**Métodos:** Se utilizó el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J) 2011-2012 en una muestra representativa de estudiantes de 4º curso de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (15 a 16 años) de la Comunidad de Madrid. Se preguntó por violencia física (VF) y violencia sexual (VS). Se calculó la prevalencia con intervalos de confianza al 95% (IC95%). La asociación entre violencia física y/o sexual (VFS) y conductas de riesgo para la salud se analizó con la razón de prevalencia (RP IC95%) mediante modelos lineales generalizados con vínculo logarítmico y familia binomial.

**Resultados:** En 1.713 chicas y 1.664 chicos con pareja la prevalencia de VF fue respectivamente del 2,9% (IC95%:2,0-3,9) y del 4,0% (IC95%:2,9-5,0) ( $p>0,05$ ), la de VS fue del 5,3% (IC95%:4,1-6,5) y 2,4% (IC95%:1,6-3,2) ( $p<0,001$ ) y la de VFS 7,1% (IC95%:5,6-8,6) y 5,1% (IC95%:4,0-6,3) ( $p<0,05$ ). En chicas, en los modelos explicativos, la VFS se asoció con desorden alimentario: RP:1,74 (IC95%:1,14-2,66), conducta sexual de riesgo (CSR): RP:1,67 (IC95%:1,11-2,50), consumo excesivo de alcohol, RP:1,57 (IC95%:1,06-2,34) y mala salud percibida, RP:1,67 (IC95%:1,08-2,57). En chicos, la VFS se asoció con ser extranjero: RP:2,05 (IC95%:1,32-3,18), desorden alimentario: RP:2,79 (IC95%:1,58-4,92), CSR: RP:2,22 (IC95%:1,34-3,66) y consumo de drogas: RP:2,14 (IC95%:1,39-3,28).

**Conclusiones:** La VFS predomina en chicas y se asocia a diferentes conductas de riesgo según el sexo.

**Palabras clave:** Violencia. Adolescentes. Prevalencia. Vigilancia epidemiológica. Estilo de vida. Conducta alimentaria. Conductas sexuales. Alcohol. Drogas ilegales. Sistema de Vigilancia de factor de riesgo Conductual.

Correspondencia  
Myrian Pichiule Castañeda  
C/ San Martín de Porres N.º 6, 1ª planta  
28035 Madrid  
myrianpc@hotmail.com

## ABSTRACT

Young People Dating Violence  
Surveillance in Madrid, Spain

**Background:** Dating violence in young adults is an important public health issue because of its magnitude and impact on health. The goal of this study is to determine the prevalence 12 months before the survey by sex and its association with socio-demographic and health risk behavior.

**Methods:** Data were drawn from the Non-communicable Disease Risk-Factor Surveillance System in young people (Spanish acronym, SIVFRENT-J), on a representative sample of students of the fourth-year of secondary education (15 to 16 years) in Madrid Region. The students were asked whether they had ever suffered any physical violence (PV) and/or sexual violence (SV) dating episodes. Prevalence with 95% confidence intervals (CI95%) of the occurrence of such episodes were estimated; generalized linear models with binomial family and logarithmic link were used to estimate the association between physical and/or sexual violence (PSV) and health risk behavior through prevalence ratios (PR, CI95%).

**Results:** In 1713 dating girls and 1664 dating boys, the prevalence of PV was 2.9% (CI95%:2.0-3.9) and 4.0% (CI95%:2.9-5.0) ( $p>0.05$ ), SV 5.3% (CI95%:4.1-6.5) and 2.4% (CI95%:1.6-3.2) ( $p<0.001$ ) and PSV 7.1% (CI95%:5.6-8.6) and 5.1% (CI95%:4.0-6.3) ( $p<0.05$ ) in that order. In the girls explanatory model, PSV was associated with eating disorders PR:1.74 (CI95%:1.14-2.66), sexual risk behavior (SRB), PR:1.67 (CI95%:1.11-2.50), excessive alcohol consumption, PR:1.57 (CI95%:1.06-2.34) and worse perceived health, PR:1.67 (CI95%:1.08-2.57). In boys, PSV was associated with having been born in a country other than Spain, PR:2.05 (CI95%:1.32-3.18), eating disorders, PR:2.79 (CI95%:1.58-4.92), SRB, PR:2.22 (CI95%:1.34-3.66) and drug consumption, PR:2.14 (CI95%:1.39-3.28).

**Conclusion:** VFS was higher in girls and was associated to others health risk factors with similar characteristics according to sex.

**Keyword:** Violence. Adolescent. Prevalence. Epidemiological Surveillance. Lifestyle. Eating behavior. Sexual behavior. Alcohol. Illicit drugs. Behavioral Risk Factor Surveillance System.

## INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja en jóvenes definida como agresiones psicológicas, físicas y sexuales dentro de relaciones de pareja entre 13 y 19 años por un miembro de pareja heterosexual o del mismo sexo es altamente prevalente<sup>1</sup> y ha emergido como un importante problema de salud pública. Existen diferencias importantes en las relaciones de pareja entre adultos y adolescentes, como la convivencia, la dependencia financiera y el control, que suelen ser más frecuentes en adultos, además los jóvenes tienen falta de experiencia para negociar dentro de sus relaciones de pareja<sup>2</sup>. Asimismo los adolescentes tienen dificultades para reconocer el abuso físico y sexual por parte de su pareja, ya que comportamientos de control y de celos pueden percibirse como signos de amor<sup>3</sup>. Las jóvenes víctimas de violencia de pareja tienen mayor probabilidad de presentar estos problemas en su vida adulta<sup>4</sup>.

La prevalencia de violencia de pareja puede variar dependiendo de los criterios utilizados y de los países. Sin embargo las investigaciones disponibles muestran que es elevada. El *Youth Risk Behavior Surveillance System* (YRBSS), que analiza datos de 2011 en EEUU, muestra que el 9,3% de chicas y el 9,5% de chicos fueron golpeados, recibieron bofetadas o fueron lastimados físicamente con intención por sus novias o novios y el 11,8% de chicas y el 4,5% de chicos fueron alguna vez forzados a tener relaciones sexuales cuando ellos no querían<sup>5</sup>. En España, en un estudio realizado en 2013 en jóvenes entre 12 y 24 años, se encontró que el 3% de las chicas habían recibido golpes alguna vez y el 6,1% fueron presionadas por sus parejas a actividades de tipo sexual en las que no querían participar<sup>6</sup>. En otras encuestas en las que se pregunta por agresiones sexuales en general se encontró que en Barcelona en 2012 el 2,5% de chicas y el 1,7% de chicos de 4º curso de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) fueron forzados a mantener relaciones sexuales cuando ellos realmente no querían<sup>7</sup> y en Terrassa en 2010 al encuestar a jóvenes entre 14 y 18 años

el 4,2% de chicas y el 1,5% de chicos declara que fueron forzados a mantener una relación sexual sin penetración<sup>8</sup>.

Los adolescentes expuestos a violencia de pareja sufren consecuencias en su salud mental y física, tanto a corto como a largo plazo. La violencia de pareja se ha asociado con depresión y bajos resultados escolares<sup>9</sup>, con el consumo de drogas, alcohol, tabaco<sup>10-14</sup>, con conductas sexuales de riesgo<sup>15-17</sup>, con desórdenes alimentarios<sup>10,17,18</sup> e incluso con ideas y tentativas suicidas<sup>19,20</sup>. En España es necesario investigar la violencia de pareja en jóvenes, tanto en chicas como en chicos.

El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de violencia de pareja física y/o sexual en la región de Madrid y analizar su asociación con factores sociodemográficos y con las principales conductas y factores de riesgo para la salud.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño, fuente de datos y población de estudio.** Estudio transversal de prevalencia que analiza datos procedentes del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J) que se realiza anualmente en una muestra representativa de la población escolarizada de 4º curso de la ESO de la Comunidad de Madrid (CM). Los sujetos incluidos en el estudio fueron los jóvenes escolarizados en 4º de la ESO los cuales fueron encuestados en 2011 y 2012 y que refirieron haber tenido pareja durante los 12 meses anteriores a la encuesta. El tamaño muestral teórico estimado para cada año fue de 2.000 jóvenes. A este tamaño muestral le correspondía un error de muestreo absoluto de 2,2%, bajo el supuesto de muestreo aleatorio simple, para una prevalencia del 50% y un nivel de confianza del 95%. El muestreo se hizo por conglomerados bietápico con estratificación de unidades en primera etapa (centros escolares). La asignación muestral en cada estrato fue proporcional al número de alumnos de 15



y 16 años matriculados. Los criterios de estratificación fueron la zona geográfica (Madrid y resto de municipios) y la titularidad de los centros escolares (públicos y concertados/privados). La selección de las unidades en la segunda etapa fue constante y aleatoria, muestreando dos aulas por centro escolar. La entrevista se basó en un cuestionario autoadministrado en el aula cuya duración media de cumplimentación fue de 45 minutos, siendo la participación de los alumnos voluntaria y anónima<sup>21,22</sup>. A partir de 2011, tomando como modelo el YRBSS, se incluyó un módulo para la vigilancia de la violencia de pareja física (VF) y sexual (VS), dirigido a jóvenes de ambos sexos. En 2011 y 2012 la información se obtuvo de 92 centros escolares y 178 aulas. La tasa de respuesta global (colegios y estudiantes) fue del 82,1%. Inicialmente se obtuvo información de 4.098 sujetos. La tasa de respuesta a la pregunta de VF fue del 96,8% y a la pregunta de VS de 96,5% y a alguna de las dos preguntas 97,8%. Se excluyó a 91 (2,2%) sujetos que no respondieron a ninguna de las dos preguntas sobre violencia de pareja y a 630 (15,4%) sujetos que no tuvieron pareja durante el último año, por lo que el número de sujetos incluidos en nuestro estudio fue de 3.377 (82,4%).

**Mediciones.** La violencia de pareja se estudió a través de dos preguntas: En los últimos 12 meses ¿alguna vez el chico o la chica con el/la que estás o estabas saliendo te dio una bofetada, patadas o te lastimó físicamente de alguna manera? y ¿alguna vez el chico o la chica con el/la que estás o estabas saliendo te impuso conductas de tipo sexual que tú rechazabas? Se consideró que un/una joven fue víctima de violencia física y/o sexual (VFS) cuando respondió sí a cualquiera de las dos preguntas. Sólo cuando los jóvenes respondieron sí a las preguntas de violencia de pareja tenían la opción de identificar el sexo del agresor (sí, el chico con el que estoy o estaba saliendo o sí, la chica con la que estoy o estaba saliendo)

Las variables sociodemográficas estudiadas fueron edad, sexo, país de nacimiento (España o fuera de España), convivencia con ambos padres, el máximo nivel de estudios alcanzado por estos (universitarios, secundarios o primarios/menos de primarios) y su situación laboral (si trabajaban o no).

Las conductas y factores de riesgo para la salud analizados fueron: resultado escolar: promedio-alto (cuando respondieron que se encontraban entre los que sacaban las mejores notas, en el grupo medio-alto o en el grupo medio) y bajo (cuando respondieron que se encontraban en el grupo medio bajo o entre los que sacaban peores notas). Se clasificó a los sujetos según presentaran o no sobrepeso u obesidad siguiendo los criterios de Cole a partir del peso y la talla autoreferidos<sup>23</sup>. Percepción de la imagen corporal según percibieran o no estar algo delgados o muy delgados. Desorden alimentario si en los últimos 12 meses presentó alguno de los comportamientos alimentarios para perder peso o controlar la figura: estar sin comer 24 horas o más, vómitos provocados o uso de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes.

Conducta sexual de riesgo (CSR), basándonos en los hallazgos de algunos autores que estudiaron las conductas sexuales de riesgo<sup>12,15,17</sup>. Se construyó un indicador de presencia de alguno de los siguientes criterios: haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años, no haber usado preservativo en la última relación sexual o haber tenido más de tres parejas sexuales en los últimos 6 meses.

Se consideró consumo de tabaco cualquier consumo ocasional o diario independientemente de la cantidad.

El consumo de alcohol se categorizó en: “no bebedores” (no consumieron alcohol en los últimos 30 días), “bebedores sin consumo excesivo en una misma ocasión” (consumieron  $\geq 1$  bebida durante los últimos 30 días, pero que no realizaban un consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión) y “bebedores



con consumo excesivo en una misma ocasión” (consumieron 6 o más unidades de alcohol en una misma ocasión: *binge drinking*). Consumo de drogas según hubieran consumido en los últimos 12 meses alguna de las siguientes sustancias: tranquilizantes, marihuana, cocaína, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos o sustancias volátiles.

Para la salud percibida las respuestas se agruparon en dos categorías, buena/muy buena o regular/mala/muy mala.

**Análisis estadístico.** Se estimó la prevalencia de VF, VS y VFS en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta y su intervalo de confianza al 95% (IC95%) ajustando por el efecto de diseño muestral. Mediante modelos lineales generalizados con vínculo logarítmico y familia binomial se calcularon las razones de prevalencia (RP) crudas para el total de los jóvenes y según sexo y ajustadas por todas las variables estudiadas. Finalmente se construyeron modelos explicativos de VFS para el total de jóvenes y según sexo. Partiendo de un modelo saturado que

incluía variables de interés y las que se asociaron a VFS con una  $p \leq 0,20$ , se fueron eliminando progresivamente las variables que no contribuían significativamente al modelo hasta obtener un modelo final.

Se utilizaron los módulos *Survey Data* y “glm” de STATA versión 10 (StataCorp., College Station, 2007) considerando en las comparaciones estadísticamente significativo un valor de  $p$  menor o igual a 0,05.

## RESULTADOS

Se analizó la información de 3.377 jóvenes con pareja en el último año. Las características sociodemográficas de los sujetos según sexo se presentan en la **tabla 1**. El test de significación estadística de comparación de proporciones indica que las características de chicas y chicos fueron similares.

La prevalencia de violencia 12 meses antes de la encuesta según sexo se presenta en la **tabla 2**, la prevalencia de VS y VFS fue significativa-

**Tabla 1**  
**Características sociodemográficas de los jóvenes con pareja en el último año según sexo**

Variables		Chicas		Chicos		Total	
		n	%	n	%	n	%
General		1.713	50,7	1.664	49,3	3.377	100
Edad	15 años	626	36,7	572	34,7	1.198	35,7
	16 años	713	41,8	670	40,7	1.383	41,2
	≥17 años	367	21,5	406	24,6	773	23,1
País de nacimiento	España	1.357	79,4	1.364	82,3	2.721	80,8
	Otro	353	20,6	294	17,7	647	19,2
Convivencia con ambos padres	Sí	1.365	79,8	1.336	80,4	2.701	80,1
	No	345	20,2	325	19,6	670	19,9
Trabaja el padre	Sí	1.422	86,1	1.437	88,7	2.859	87,4
	No	230	13,9	184	11,3	414	12,6
Trabaja la madre	Sí	1.218	71,6	1.182	71,6	2.400	71,6
	No	484	28,4	468	28,4	952	28,4
Estudios del padre	Universitarios	504	33,3	542	36,8	1.046	35,0
	Secundarios	479	31,6	473	32,1	952	31,9
	Primarios o menos	531	35,1	457	31,1	988	33,1
Estudios de la madre	Universitarios	541	33,9	550	36,2	1.091	35,0
	Secundarios	514	32,2	509	33,5	1.023	32,8
	Primarios o menos	541	33,9	460	30,3	1.001	32,1

Tabla 2

**Prevalencia de violencia de pareja física (VF), sexual (VS) y físico-sexual (VFS) según sexo**

Tipo de violencia	Chicas				Chicos				P*	Total			
	n	C	%	IC95%	n	C	%	IC95%		n	C	%	IC95%
VF	1.672	49	2,9	2,0-3,9	1.638	65	4,0	2,9-5,0	0,1454	3.310	114	3,4	2,8-4,1
VS	1.678	89	5,3	4,1-6,5	1.638	39	2,4	1,6-3,2	0,0001	3.316	128	3,9	3,1-4,6
VFS	1.713	122	7,1	5,6-8,6	1.664	85	5,1	4,0-6,3	0,0329	3.377	207	6,1	5,2-7,1

\*Test de comparación de los tipos de violencia según sexo. n: Sujetos analizados C: víctimas de violencia

mente mayor en chicas. Se identificaron 207 casos de VFS de los cuales el 4,8% ocurrieron entre parejas del mismo sexo.

La prevalencia de VFS según las características sociodemográficas, conductas y factores de riesgo para la salud se muestran en las **tablas 3 y 4**. En chicas la prevalencia de VFS fue signifi-

cativamente mayor entre aquellas con: desorden alimentario 12,9% (IC95%:8,9-16,8), CSR 12,5% (IC95%:8,2-16,9), consumo de tabaco 10,1% (IC95%:7,0-13,2), consumo no excesivo de alcohol 7,8% (IC95%:5,1-10,5) y consumo excesivo 9,0% (IC95%:6,7-11,3), consumo de drogas 10,4% (IC95%:6,9-14,0) y con mala salud percibida 12,4% (IC95%:7,4-17,5). En

Tabla 3

**Prevalencia de VFS según las características sociodemográficas**

Características Sociodemográficas	Chicas				Chicos				Total			
	n	C	%	IC95%	n	C	%	IC95%	n	C	%	IC95%
<b>Total</b>	1.713	122	7,1	5,6-8,6	1.664	85	5,1	4,0-6,3	3.377	207	6,1	5,2-7,1
<b>Edad</b>												
15	626	48	7,7	5,3-10,0	572	21	3,7	2,1-5,2	1.198	69	5,8	4,3-7,2
16	713	50	7,0	5,2-8,8	670	32	4,8	3,0-6,5	1.383	82	5,9	4,6-7,2
>=17	367	24	6,5	3,8-9,3	406	31	7,6	5,3-10,0	773	55	7,1	5,1-9,1
<b>País nacimiento</b>												
España	1.357	91	6,7	5,2-8,2	1.364	56	4,1	3,1-5,1	2.721	147	5,4	4,5-6,3
Otro país	353	30	8,5	5,3-11,7	294	28	9,5	6,2-12,8	647	58	9,0	6,8-11,1
<b>Convivencia con los dos padres</b>												
Sí	1.365	90	6,6	5,0-8,2	1.336	70	5,2	4,0-6,5	2.701	160	5,9	4,9-7,0
No	345	32	9,3	5,9-12,6	325	15	4,6	2,1-7,1	670	47	7,0	4,8-9,2
<b>Trabaja el padre</b>												
Sí	1.422	98	6,9	5,4-8,4	1.437	72	5,0	3,8-6,2	2.859	170	5,9	5,0-6,9
No	230	19	8,3	4,3-12,2	184	9	4,9	1,8-7,9	414	28	6,7	4,1-9,4
<b>Trabaja la madre</b>												
Sí	1.218	86	7,1	5,4-8,7	1.182	51	4,3	3,1-5,5	2.400	137	5,7	4,8-6,7
No	484	34	7,0	4,6-9,5	468	34	7,3	4,6-9,9	952	68	7,1	5,2-9,1
<b>Estudios del padre</b>												
Universitarios	504	39	7,7	5,1-10,4	542	26	4,8	2,9-6,7	1.046	65	6,2	4,6-7,8
Secundarios	479	34	7,1	4,5-9,7	473	23	4,9	2,7-7,0	952	57	6,0	4,3-7,7
Primarios o menos	531	37	7,0	4,5-9,4	457	27	5,9	3,7-8,1	988	64	6,5	4,7-8,3
<b>Estudios de la madre</b>												
Universitarios	541	38	7,0	4,4-9,6	550	29	5,3	3,4-7,2	1.091	67	6,1	4,6-7,7
Secundarios	514	39	7,6	5,0-10,2	509	23	4,5	2,8-6,3	1.023	62	6,1	4,5-7,6
Primarios o menos	541	38	7,0	4,7-9,3	460	26	5,7	3,6-7,7	1.001	64	6,4	4,8-8,0

n: Sujetos analizados C: víctimas de violencia

**Tabla 4**  
**Prevalencia de VFS según las conductas y factores de riesgo para la salud**

FR	Chicas				Chicos				Total			
	n	C	%	IC95%	n	C	%	IC95%	n	C	%	IC95%
<b>Resultado escolar</b>												
Promedio/alto	1.379	91	6,6	4,9-8,3	1.240	53	4,3	3,0-5,5	2.619	144	5,5	4,5-6,5
Bajo	331	31	9,4	5,9-12,8	418	31	7,4	4,8-10,0	749	62	8,3	6,0-10,5
<b>Sobrepeso/Obesidad IMC</b>												
No	1.480	111	7,5	5,8-9,2	1.289	69	5,4	4,0-6,7	2.769	180	6,5	5,4-7,6
Sí	167	10	6,0	2,5-9,5	314	11	3,5	1,4-5,6	481	21	4,4	2,6-6,1
<b>Delgadez percibida</b>												
No	1.518	104	6,9	5,2-8,5	1.296	61	4,7	3,5-5,9	2.814	165	5,9	4,8-6,9
Sí	190	18	9,5	5,6-13,3	354	23	6,5	3,8-9,2	544	41	7,5	5,4-9,7
<b>Desorden alimentario</b>												
No	1.402	83	5,9	4,4-7,4	1.573	72	4,6	3,4-5,7	2.975	155	5,2	4,3-6,1
Sí	303	39	12,9	8,9-16,8	79	12	15,2	7,7-23,3	382	51	13,4	9,7-17,0
<b>Conducta sexual de riesgo</b>												
No	1.446	88	6,1	4,5-7,6	1.323	46	3,5	2,5-4,4	2.769	134	4,8	4,0-5,7
Sí	255	32	12,5	8,2-16,9	327	38	11,6	7,5-15,7	581	70	12,0	9,2-14,8
<b>Consumo actual de tabaco</b>												
No	1.185	67	5,7	4,0-7,3	1.241	52	4,2	3,1-5,3	2.426	119	4,9	4,0-5,8
Sí	525	53	10,1	7,0-13,2	420	33	7,9	5,2-10,5	945	86	9,1	7,0-11,2
<b>Consumo de alcohol</b>												
No bebedor	630	31	4,9	3,2-6,6	698	21	3,0	1,5-4,5	1.328	52	3,9	2,8-5,0
Bebedor sin consumo excesivo	513	40	7,8	5,1-10,5	430	26	6,0	3,8-8,3	943	66	7,0	5,3-8,7
Bebedor con consumo excesivo	566	51	9,0	6,7-11,3	529	37	7,0	4,8-9,2	1.095	88	8,0	6,4-9,7
<b>Consumo de drogas</b>												
Nunca/alguna vez	1.404	91	6,5	4,9-8,0	1.272	48	3,8	2,7-4,8	2.676	139	5,2	4,3-6,1
En los últimos 12 meses	278	29	10,4	6,9-14,0	353	36	10,2	6,6-13,8	631	65	10,3	7,5-13,1
<b>Salud percibida</b>												
Buena/Muy Buena	1.509	96	6,4	4,9-7,8	1.539	73	4,7	3,6-5,9	3.048	169	5,5	4,6-6,5
No Buena	201	25	12,4	7,4-17,5	122	12	9,8	5,2-14,4	323	37	11,5	8,0-15,0

n: Sujetos analizados C: víctimas de violencia

chicos la VFS fue más alta con diferencias significativas en:  $\geq 17$  años 7,6% (IC95%:5,3-10,0), nacidos fuera de España 9,5% (IC95%:6,2-12,8), con madres sin trabajo 7,3% (IC95%:4,6-9,9), con bajos resultados escolares 7,4% (IC95%:4,8-10,0), desorden alimentario 15,2% (IC95%:7,7-23,3), CSR 11,6% (IC95%:7,5-15,7), consumo de tabaco 7,9% (IC95%:5,2-10,5), consumo no excesivo de alcohol 6,0% (IC95%:3,8-8,3) y consumo excesivo 7,0% (IC95%:4,8-9,2), consumo de drogas 10,2% (IC95%:6,6-13,8), y entre aquellos con mala salud percibida 9,8% (IC95%:5,2-14,4). En el total de los jóvenes se encontró una preva-

lencia significativamente más alta de VFS en chicas 7,1% (IC95%:5,6-8,6), en mayores de 17 años 7,1% (IC95%:5,1-9,1), con bajos resultados escolares 8,3% (IC95%:6,0-10,5), desorden alimentario 13,4% (IC95%:9,7-17,0), CSR 12,0% (IC95%:9,2-14,8), consumo de tabaco 9,1% (IC95%:7,0-11,2), consumo no excesivo de alcohol 7,0% (IC95%:5,3-8,7) y consumo excesivo 8,0% (IC95%:6,4-9,7), consumo de drogas 10,3% (IC95%:7,5-13,1) y con mala salud percibida 11,5% (IC95%:8,0-15,0).

En la **tabla 5** se presentan las RP crudas y ajustadas por todas las variables estudiadas. La

**Tabla 5**  
**Razón de prevalencia de VFS según características sociodemográficas y conductas y factores de riesgo para la salud**

	Chicas		Chicos		Total	
	RPc (IC95%)	RPa(IC95%) (n=1.372)	RPc(IC95%)	RPa(IC95%) (n=1.319)	RPc(IC95%)	RPa(IC95%) (n=2.691)
<b>Características Sociodemográficas</b>						
Edad						
16 <sup>a</sup>	0,91 (0,66-1,26)	0,82 (0,58-1,17)	1,30 (0,76-2,21)	1,17 (0,64-2,12)	1,03 (0,76-1,39)	0,93(0,68-1,29)
>=17 <sup>a</sup>	0,85 (0,51-1,44)	0,56 (0,30-1,04) <sup>‡</sup>	2,08 (1,24-3,49)**	1,29 (0,70-2,38)	1,24 (0,85-1,79)	0,81 (0,53-1,24)
Extranjero <sup>b</sup>	1,27 (0,86-1,87)	1,09 (0,64-1,86)	2,32 (1,57-3,44)**	2,71 (1,64-4,49)**	1,66 (1,27-2,17)**	1,58 (1,08-2,33)*
No Conviven con ambos padres <sup>c</sup>	1,41 (0,93-2,12) <sup>‡</sup>	1,16 (0,69-1,95)	0,88 (0,49-1,60)	0,57 (0,27-1,18) <sup>‡</sup>	1,18 (0,83-1,69)	0,91 (0,62-1,34)
Padre no trabaja <sup>d</sup>	1,20 (0,73-1,98)	1,21 (0,65-2,27)	0,98 (0,51-1,87)	0,56 (0,22-1,46)	1,14 (0,75-1,72)	0,96 (0,55-1,65)
Madre no trabaja <sup>d</sup>	0,99 (0,69-1,43)	1,11 (0,72-1,71)	1,68 (1,07-2,65)*	1,81 (1,01-3,24)*	1,25 (0,94-1,66) <sup>‡</sup>	1,32 (0,96-1,83) <sup>‡</sup>
Estudios del padre						
Secundarios <sup>e</sup>	0,92 (0,58-1,46)	0,90 (0,54-1,49)	1,01 (0,57-1,79)	0,77 (0,43-1,37)	0,96 (0,66-1,40)	0,85 (0,57-1,26)
Primaria o menos <sup>e</sup>	0,90 (0,56-1,44)	0,64 (0,35-1,17) <sup>‡</sup>	1,23 (0,71-2,15)	1,01 (0,53-1,93)	1,04 (0,71-1,53)	0,78 (0,49-1,23)
Estudios de la madre						
Secundarios <sup>e</sup>	1,08 (0,64-1,81)	0,99 (0,57-1,73)	0,86 (0,50-1,46)	0,78 (0,39-1,56)	0,99 (0,69-1,41)	0,90 (0,60-1,35)
Primarios o menos <sup>e</sup>	1,00 (0,63-1,60)	1,13 (0,62-2,05)	1,07 (0,67-1,71)	0,89 (0,44-1,80)	1,04 (0,75-1,45)	1,03 (0,65-1,64)
<b>Conductas y factores de riesgo para la salud</b>						
Bajo Resultado escolar <sup>f</sup>	1,42 (0,91-2,21) <sup>‡</sup>	1,25 (0,78-2,03)	1,74 (1,11-2,72)*	1,19 (0,69-2,06)	1,51 (1,10-2,06)*	1,26 (0,89-1,80) <sup>‡</sup>
Sobrepeso/Obesidad IMC <sup>f</sup>	0,80 (0,44-1,47)	0,76 (0,37-1,55)	0,65 (0,33-1,29)	0,51 (0,21-1,20) <sup>‡</sup>	0,67 (0,44-1,02) <sup>‡</sup>	0,63 (0,37-1,07) <sup>‡</sup>
Delgadez percibida <sup>f</sup>	1,38 (0,87-2,19) <sup>‡</sup>	1,23 (0,68-2,21)	1,38 (0,85-2,25) <sup>‡</sup>	1,34 (0,75-2,38)	1,29 (0,94-1,76) <sup>‡</sup>	1,33 (0,92-1,93) <sup>‡</sup>
Desorden alimentario <sup>f</sup>	2,17 (1,48-3,20)**	1,73 (1,12-2,70)*	3,31 (1,82-6,07)**	3,19 (1,63-6,24)**	2,56 (1,86-3,52)**	1,87 (1,25-2,80)**
Conducta sexual de riesgo <sup>f</sup>	2,06 (1,36-3,12)*	1,51 (0,95-2,42) <sup>‡</sup>	3,34 (2,14-5,21)**	2,04 (1,25-3,33)**	2,49 (1,88-3,29)**	1,72 (1,27-2,34)**
Consumo actual de tabaco <sup>f</sup>	1,79 (1,18-2,70)*	1,45 (0,88-2,41) <sup>‡</sup>	1,88 (1,26-2,80)*	1,20(0,72-1,98)	1,86 (1,40-2,45)**	1,30 (0,89-1,89) <sup>‡</sup>
Bebedor sin consumo excesivo <sup>g</sup>	1,58 (1,04-2,40)*	1,29 (0,83-2,00)	2,01 (1,09-3,71)*	2,03 (0,95-4,33) <sup>‡</sup>	1,79 (1,27-2,52)*	1,52 (1,06-2,20)*
Bebedor con consumo excesivo <sup>g</sup>	1,83 (1,27-2,64)*	1,28 (0,80-2,04)	2,32 (1,29-4,18)*	1,41 (0,73-2,72)	2,05 (1,47-2,86)**	1,38 (0,91-2,09) <sup>‡</sup>
Consumo de droga <sup>f</sup>	1,61 (1,10-2,36)*	1,09 (0,59-2,00)	2,70 (1,73-4,23)**	1,87 (1,07-3,27)*	1,98 (1,46-2,69)**	1,40 (0,93-2,13) <sup>‡</sup>
Mala salud percibida <sup>f</sup>	1,96 (1,28-2,99)*	1,57 (0,90-2,72) <sup>‡</sup>	2,07 (1,24-3,47)*	1,30 (0,60-2,83)	2,05 (1,49-2,87)**	1,48 (0,99-2,29) <sup>‡</sup>

IC95%: Intervalo de confianza al 95%. RPc: Razón de prevalencia cruda. RPa: Razón de prevalencia ajustada por todas las variables de la tabla. Categoría de referencia (RPc=1; RPa=1): <sup>a</sup>15 años, <sup>b</sup>nacido en España, <sup>c</sup>convive con ambos padres, <sup>d</sup>trabajan, <sup>e</sup>universitarios, <sup>f</sup>no, <sup>g</sup>no bebedores. <sup>‡</sup>p<0,20; <sup>‡</sup>p<0,10; \*p<0,05; \*\*p<0,01

**Tabla 6**  
**Modelo Explicativo de VFS**

	<b>Chicas (Modelo A) (n=1.675)</b>	<b>Chicos (Modelo B) (n=1.564)</b>	<b>Total (Modelo C) (n=3.212)</b>
<b>Características sociodemográficas</b>			
Chicas <sup>a</sup>			1,26 (0,91-1,74) <sup>†</sup>
Edad			
16 <sup>b</sup>	0,87 (0,64-1,18)	1,13 (0,67-1,90)	0,94 (0,70-1,26)
>=17 <sup>b</sup>	0,65 (0,38-1,10) <sup>†</sup>	1,19 (0,72-1,99)	0,86 (0,59-1,25)
Extranjero <sup>c</sup>	1,15 (0,78-1,69)	2,05 (1,32-3,18) <sup>†</sup>	1,46 (1,10-1,95) <sup>*</sup>
Madre no trabaja <sup>d</sup>		1,67 (1,00-2,80) <sup>‡</sup>	
<b>Conductas y factores de riesgo para la salud</b>			
Delgadez percibida <sup>e</sup>	1,55 (0,93-2,57) <sup>‡</sup>	1,39 (0,81-2,36)	1,45 (1,04-2,02) <sup>*</sup>
Desorden alimentario <sup>e</sup>	1,74 (1,14-2,66) <sup>*</sup>	2,79 (1,58-4,92) <sup>**</sup>	1,87 (1,28-2,73) <sup>**</sup>
Conducta sexual de riesgo <sup>e</sup>	1,67 (1,11-2,50) <sup>*</sup>	2,22 (1,34-3,66) <sup>**</sup>	1,85 (1,40-2,45) <sup>**</sup>
Bebedor sin consumo excesivo <sup>f</sup>	1,45 (0,95-2,20) <sup>‡</sup>		1,47 (1,03-2,11) <sup>*</sup>
Bebedor con consumo excesivo <sup>f</sup>	1,57 (1,06-2,34) <sup>*</sup>		1,39 (0,94-2,05) <sup>‡</sup>
Consumo de droga <sup>e</sup>		2,14 (1,39-3,28) <sup>**</sup>	1,49 (1,09-2,03) <sup>*</sup>
Mala salud percibida <sup>e</sup>	1,67 (1,08-2,57) <sup>*</sup>		1,52 (1,09-2,11) <sup>*</sup>

Categoría de referencia (RP=1): <sup>a</sup>chicos, <sup>b</sup>15 años, <sup>c</sup>nacido en España, <sup>d</sup>madres que trabajan, <sup>e</sup>no, <sup>f</sup>no bebedores.  
<sup>†</sup>p<0,20; <sup>‡</sup>p<0,10; <sup>\*</sup>p<0,05; <sup>\*\*</sup>p<0,01.

RP cruda de VFS de las chicas respecto a los chicos fue 1,39 (IC95%:1,03-1,89) y la RP ajustada por todas las variables de la tabla fue de 1,23 (IC95%:0,85-1,79) (información no mostrada en la tabla 4). En la **tabla 6** se presentan los tres modelos explicativo de VFS. En el modelo A, realizado en chicas, encontramos que al ajustar por edad, país de nacimiento y delgadez percibida, la VFS se asoció con desorden alimentario (RP:1,74; IC95%:1,14-2,66), CSR (RP:1,67; IC95%:1,11-2,50), consumo de alcohol (RP:1,57; IC95%:1,06-2,34 en aquellas con consumo excesivo) y mala salud percibida (RP:1,67; IC95%:1,08-2,57). En el modelo B, en chicos, encontramos que al ajustar por edad, situación laboral de la madre y delgadez percibida la VFS se asocio con haber nacido fuera de España (RP:2,05; IC95%:1,32-3,18), desorden alimentario (RP:2,79; IC95%:1,58-4,92), CSR (RP:2,22; IC95%:1,34-3,66) y consumo de drogas (RP:2,14; IC95%:1,39-3,28). En el modelo C, para todos los jóvenes, encontramos que al ajustar por sexo y edad la VFS se asocio con haber nacido fuera de España

(RP:1,46; IC95%:1,10-1,95), delgadez percibida (RP:1,45; IC95%:1,04-2,02), desorden alimentario (RP:1,87; IC95%:1,28-2,73), CSR (RP:1,85; IC95%:1,40-2,45), consumo de alcohol (RP:1,47; IC95%:1,03-2,11 en aquellos sin consumo excesivo), consumo de drogas (RP:1,49; IC95%:1,09-2,03) y con mala salud percibida (RP:1,52; IC95%:1,09-2,11).

## DISCUSIÓN

La prevalencia de la VFS de pareja sufrida en jóvenes escolarizados de la Comunidad de Madrid muestra un predominio en las mujeres a expensas de la VS, mientras que la VF se da con una prevalencia similar en ambos sexos. Son varios los factores tanto sociodemográficos como hábitos de salud relacionados con la VFS, destacando por su mayor magnitud los desórdenes alimentarios y la conducta sexual de riesgo.

Los porcentajes de violencia física que encontramos en chicas son similares a los descritos en otro estudio realizado en Espa-

ña que utiliza criterios similares<sup>6</sup>. Sin embargo, al utilizar otros instrumentos y ampliar el espacio temporal, estudios realizados en la Comunidad de Madrid encuentran porcentajes de violencia física más altos. Muñoz-Rivas utilizando la escala modificada de *Conflict Tactics Scales* (CTS) encuentra un porcentaje de violencia física de 37,4% en chicas y 31,3% en chicos con edades entre 16 y 20 años<sup>24</sup> y de 30,4% y 32,2% en jóvenes universitarios<sup>25</sup>. En otro estudio realizado en Salamanca en jóvenes de entre 15 y 19 años el porcentaje de víctimas de violencia física fue de 17,5% en chicas y 26,3% en chicos<sup>26</sup>.

En las comparaciones con estudios realizados fuera de nuestro país los porcentajes de violencia física de nuestro estudio son menores a los que describen los YRBSS<sup>5</sup>. En Canadá, utilizando una versión modificada del CTS, la prevalencia de violencia física en los últimos 5 años fue de 6,5% en chicas y 5,8% en chicos<sup>27</sup>. En Tanzania y Sudáfrica donde utilizan la versión modificada del CTS-2, al estudiar a una población escolarizada de 10-18 años hallan porcentajes más altos de victimización y perpetración de violencia de pareja en chicos<sup>28</sup>.

En nuestro estudio encontramos porcentajes similares de violencia física en chicos y chicas, lo que podría explicarse debido a que existe un elevado porcentaje de agresiones mutuas en las relaciones de pareja en jóvenes<sup>2</sup>. Y aunque la frecuencia de la violencia sea similar, diversas investigaciones sugieren que tanto la frecuencia de las agresiones, su gravedad y las consecuencias de las mismas son mayores en chicas que en chicos<sup>24,26</sup>. Cuando se estudian las motivaciones para usar la violencia, tras la cólera que suele ser la principal motivación en chicas y chicos<sup>2</sup>, las agresiones de las chicas ocurren en respuesta de la agresión recibida<sup>24</sup>, mientras que en los chicos una de las motivaciones para usar la violencia es la necesidad de ejercer el control<sup>2</sup>.

En cuanto a la violencia sexual, al igual que otros estudios, los porcentajes más altos los hallamos en chicas y son similares a lo descrito por Díaz-Aguado<sup>6,29</sup>. En otras encuestas también se describen porcentajes superiores de violencia sexual en chicas<sup>5,7,8</sup>.

Al igual que otros investigadores, con la finalidad de analizar la asociación entre violencia de pareja y las características socio-demográficas y conductas de riesgo para la salud agrupamos ambos tipos de violencia (VFS)<sup>19</sup>. Jackson explica que existen algunos estudios en que utilizando el CTS encuentran mayores porcentajes de violencia física hacia chicos, sin embargo en estas encuestas no se tienen en cuenta la violencia sexual y la psicológica, que suelen ser más altas en chicas. En nuestro estudio la prevalencia de VFS fue superior en chicas comparado con la prevalencia en chicos, al igual que en otros como el de Ackard que encuentra una prevalencia de 8,6% en chicas y 6% en chicos<sup>18</sup>. Al analizar la prevalencia de violencia física y sexual en las relaciones de pareja en jóvenes es importante tener en cuenta las características peculiares de las relaciones a estas edades, en las que las dinámicas de poder son distintas, se encuentran aún en desarrollo las habilidades sociales y existe una gran influencia del grupo de amigos.

En cuanto a las características sociodemográficas para el total de jóvenes, encontramos asociación significativa entre VFS y haber nacido fuera de España; sin embargo, en el grupo de chicas no se encontró esta asociación, en ellas la VFS no se asoció a ninguna de las características sociodemográficas estudiadas. En los chicos la asociación entre VFS y la situación laboral de la madre es difícil de interpretar puesto que en este grupo se incluyen las amas de casa, las pensionistas y las que están en paro.

Al estudiar las conductas asociadas a violencia de pareja tanto en chicas como en chicos encontramos una fuerte asociación entre



violencia y desórdenes alimentarios, lo que concuerda con los hallazgos de distintos estudios<sup>10,17,18,30</sup>. Hay otros estudios que describen asociación entre abuso sexual infantil y subsecuentes desórdenes alimentarios. Fischer encuentra que el contacto sexual no deseado se encuentra significativamente asociado con desórdenes alimentarios y este efecto persiste al ajustarlo por el abuso producido en la infancia<sup>31</sup>. Los desórdenes de la conducta alimentaria pueden constituir un intento de las víctimas de violencia de castigarse por el abuso, con el objetivo de disminuir las emociones desagradables conectadas con el abuso o con la finalidad de prevenir un posible abuso haciéndose a ellas poco atractivas<sup>18</sup>. Esta asociación entre VFS y desórdenes alimentarios se ha descrito de manera independiente tanto en chicas como en chicos<sup>16,32</sup>.

Al igual que en nuestro estudio existen otras investigaciones que han encontrado asociación entre la violencia de pareja en los últimos 12 meses y conductas sexuales de riesgo, como tener menor edad cuando se tienen relaciones sexuales, tener un elevado número de parejas sexuales y una menor probabilidad de utilizar condón en la última relación sexual<sup>12,15-17</sup>.

La evidencia sugiere que la edad de inicio de las relaciones sexuales está disminuyendo tanto en la Comunidad de Madrid como en otros países industrializados<sup>22,33,34</sup>, la edad temprana de inicio de relaciones sexuales no solo puede incrementar el riesgo de embarazos no deseados sino también las infecciones de transmisión sexual. Aunque el porcentaje de jóvenes que utilizaron condón en la última relación sexual es elevada en la Comunidad de Madrid, este porcentaje ha presentado un descenso especialmente en chicas si lo comparamos con lo que ocurría hace diez años<sup>22,33</sup>. Esta tendencia descendente también se aprecia en otras encuestas<sup>7,8</sup>. Decker encontró asociación entre violencia de pareja física y sexual y mayor probabilidad de ser diagnosticado de

infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por virus de la inmunodeficiencia humana<sup>35</sup>.

Se encontró asociación independiente entre violencia de pareja y consumo de alcohol, drogas y tabaco, tanto en chicas como en chicos. Sin embargo en los modelos explicativos la violencia se asoció con el consumo de alcohol en chicas y con el consumo de drogas en chicos. El consumo de estas sustancias puede desencadenar el episodio de violencia<sup>14</sup>. Asimismo la violencia y los factores de riesgo como consumo de sustancias y comportamientos sexuales de riesgo actúan de manera bidireccional<sup>11,20</sup>.

El consumo frecuente y excesivo de alcohol se asocia con consecuencias adversas en la salud física, social y psicológica incluida violencia y relaciones sexuales no protegidas<sup>36</sup>. Existen diversos estudios que encuentran asociación entre agresiones físicas y sexuales y consumo frecuente y excesivo de alcohol, incluso encuentran una relación dosis respuesta entre consumo excesivo de alcohol y otras conductas de riesgo<sup>12-14,37</sup>.

La droga ilegal que más frecuentemente consumieron los jóvenes en la Comunidad de Madrid fue la marihuana. El consumo de cannabis alguna vez en la vida así como en los últimos 30 días en jóvenes españoles de 15 años es mayor si lo comparamos con la media a nivel europeo<sup>38</sup>. El consumo de esta sustancia se ha relacionado con externalización de problemas incluidos la exposición a riesgos y agresiones. La asociación entre experimentar violencia de pareja y consumo de drogas ha sido descrita en distintos estudios<sup>9,11,13,18</sup>. Es posible que estos jóvenes adopten estas conductas de riesgo como una forma temporal de escapar de los aspectos estresantes de la violencia. Los jóvenes que se involucran en conductas de riesgo podrían tender a asociarse con iguales con las mismas conductas<sup>14</sup>.

La salud autorreportada es un indicador subjetivo de salud general. En adolescentes la salud percibida se asocia de manera independiente con indicadores médicos, sociales y personales<sup>39</sup>. La mala salud autopercibida se asoció con violencia de manera independiente en chicas y chicos y en los modelos explicativos esta asociación persiste en chicas. La violencia de pareja tiene un impacto negativo en la salud física y mental. Esto también es un indicador de que la actitud de las chicas frente a la violencia es distinta a la de los chicos, con independencia de la frecuencia de las agresiones, el grado de terror o el riesgo a una lesión física es más alto en chicas.

Algunas de las limitaciones del estudio han sido que la consideración de joven con pareja se realizó por exclusión, cuando el joven respondió que no había salido con nadie en los últimos 12 meses y se dejó que decidiese lo que considera salir con algún chico o chica, lo que finalmente consideramos tener pareja. Tampoco fue posible excluir del análisis las relaciones de pareja del mismo sexo, puesto que sólo se tuvo información del sexo de la pareja cuando el joven o la joven refirió ser víctima de algún tipo de violencia, en caso de que no fueran víctimas de violencia no se especificó el tipo de relación. Así del total de casos de VFS en jóvenes las que ocurren entre personas del mismo sexo representan un porcentaje menor, puesto que a nivel poblacional, este tipo de relaciones son menos frecuentes.

El problema se estudia en el marco de un sistema de vigilancia que abarca gran número de comportamientos relacionados con la salud, por lo que al ser el espacio limitado necesariamente debe basarse en pocas preguntas. Por la dificultad del tema no se ha estudiado la violencia psicológica, difícil de abordar fuera de una encuesta específica. Tampoco se han podido estudiar otros comportamientos de victimización, frecuencia y gravedad de la violencia. La comparación

de los resultados debe hacerse con cautela y con estudios similares y puesto que el estudio parte de una encuesta transversal solo es posible encontrar asociaciones y no una relación causal.

Para vigilar las conductas de riesgo para la salud en adolescentes, es necesario obtener información autorreferida, cuya calidad puede verse comprometida por problemas de fiabilidad y validez. Estudios llevados a cabo en sistemas de información similares han obtenido una buena reproducibilidad para las preguntas de la esfera de violencia a diferencia de otras como el control de peso que muestran una menor repetibilidad<sup>40,41</sup>. En cuanto a la validez de preguntas relacionadas con violencia en jóvenes, dada la escasez de investigaciones sobre el tema y la dificultad de verificar esta información por métodos objetivos teniendo en cuenta aspectos éticos y costoefectivos, al revisar la evidencia científica se han descrito dos tipos de factores que pueden afectar a la validez: cognitivos y del entorno<sup>42</sup>. En orden a controlar estos factores, en la elaboración de las preguntas se tuvo muy en cuenta su fácil interpretación. En cuanto a los factores externos, tanto la privacidad como el anonimato estuvieron garantizados en este estudio, por lo que pensamos que este tipo de validez no estará seriamente comprometida. Sería deseable realizar estudios de validación de este sistema de vigilancia en jóvenes tal como se ha realizado en adultos<sup>43</sup>.

En conclusión, alrededor de un 6% de jóvenes sufren VFS, sobre todo las mujeres a causa de la violencia sexual. La prevalencia tanto en chicas como en chicos es menor a la que se describe en otras regiones según estudios con metodología similar. La vigilancia de violencia de pareja mediante el SIVFRENT-J permite aproximarse a la magnitud del problema y al ser un sistema anual y utilizar las mismas preguntas podría permitir monitorizar su evolución y generar información básica para planificar y evaluar



intervenciones precoces en este colectivo con objeto de reducir las tasas de violencia. De los resultados de este estudio se desprende la necesidad de potenciar y reforzar la educación sexual en jóvenes, integrando la educación frente a la violencia de pareja en el marco general de trabajo de otros comportamientos de riesgo para la salud, con los que está asociada.

## AGRADECIMIENTOS

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a Belén Zorrilla, Iñaki Galán, Marisa Pires, Luisa Lasheras, Ana Anes y Jesús Sánchez por la colaboración en la elaboración de las preguntas de violencia de pareja incluidas en el sistema de vigilancia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cutter-Wilson E, Richmond T. Understanding teen dating violence: practical screening and intervention strategies for pediatric and adolescent healthcare providers. *Curr Opin Pediatr.* 2011;23(4):379-83.
2. Mudolford C, Giordano P. Teen dating violence: A closer look at adolescent romantic relationships. *National Institute of Justice Journal.* 2008;261:34-40.
3. Levy, B. Abusive teen dating relationship: An emerging issue for the 90s. Response to the Victimization of Women and Children. 1990;13(1):59.
4. Smith PH, White JW, Holland LJ. A longitudinal perspective on dating violence among adolescent and college-age women. *Am J Public Health.* 2003;93(7):1104-9.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance-United States. *MMWR.* 2012;61(4).
6. Díaz-Aguado MJ, Martínez R, Martín J. Igualdad y prevención de violencia de género en la adolescencia. Madrid: Ministerio de Igualdad-Delegación de Gobierno para la Violencia de Género; 2013.
7. Pérez A, García-Continente X i Grup col laborador enquesta FRESC 2012. Informe FRESC 2012: 25 anys d'enquestes a adolescents escolaritzats de Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2013.
8. Schiaffino A, Moncada A. Estudi EMCSAT 2010. Conductes de salut de la població adolescent escolaritzada de Terrassa, 1993-2010. Terrassa: Ajuntament de Terrassa, 2011.
9. Banyard VL, Cross C. Consequences of teen dating violence: understanding intervening variables in ecological context. *Violence Against Women.* 2008;14(9):998-1013.
10. Ackard DM, Neumark-Sztainer D. Multiple sexual victimizations among adolescent boys and girls: prevalence and associations with eating behaviors and psychological health. *J Child Sex Abus.* 2003;12(1):17-37.
11. Brady SS, Tschann JM, Pasch LA, Flores E, Ozer EJ. Violence involvement, substance use, and sexual activity among Mexican-American and European-American adolescents. *J Adolesc Health.* 2008;43(3):285-95.
12. Coker AL, McKeown RE, Sanderson M, Davis KE, Valois RF, Huebner ES. Severe dating violence and quality of life among South Carolina high school students. *Am J Prev Med.* 2000;19(4):220-7.
13. Miller JW, Naimi TS, Brewer RD, Jones SE. Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics.* 2007;119(1):76-85.
14. Munoz-Rivas MJ, Gamez-Guadix M, Grana JL, Fernandez L. Violencia en el noviazgo y consumo de alcohol y drogas ilegales entre adolescentes y jóvenes españoles. *Adicciones.* 2010;22(2):125-33.
15. Alleyne B, Coleman-Cowger VH, Crown L, Gibbons MA, Vines LN. The effects of dating violence, substance use and risky sexual behavior among a diverse sample of Illinois youth. *J Adolesc.* 2011;34(1):11-8.
16. Bonomi AE, Anderson ML, Nemeth J, Rivara FP, Buettner C. History of dating violence and the association with late adolescent health. *BMC Public Health.* 2013;13:821.
17. Silverman JG, Raj A, Mucci LA, Hathaway JE. Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. *JAMA.* 2001;286(5):572-9.
18. Ackard DM, Neumark-Sztainer D. Date violence and date rape among adolescents: associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse Negl.* 2002;26(5):455-73.

19. Ackard DM, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Long-term impact of adolescent dating violence on the behavioral and psychological health of male and female youth. *J Pediatr*. 2007;151(5):476-81.
20. Roberts TA, Klein JD, Fisher S. Longitudinal effect of intimate partner abuse on high-risk behavior among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157(9):875-81.
21. Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2011. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades no Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Año 2011. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2012.
22. Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2012. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades no Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Año 2012. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2013.
23. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000;320(7244):1240-3.
24. Munoz-Rivas MJ, Grana JL, O'Leary KD, Gonzalez MP. Aggression in adolescent dating relationships: prevalence, justification, and health consequences. *J Adolesc Health*. 2007;40(4):298-304.
25. Munoz-Rivas MJ, Grana Gomez JL, O'Leary KD, Gonzalez LP. Physical and psychological aggression in dating relationships in Spanish university students. *Psicothema*. 2007;19(1):102-7.
26. Fernandez-Fuertes AA, Fuertes A. Physical and psychological aggression in dating relationships of Spanish adolescents: motives and consequences. *Child Abuse Negl*. 2010;34(3):183-91.
27. Ansara DL, Hindin MJ. Exploring gender differences in the patterns of intimate partner violence in Canada: a latent class approach. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64(10):849-54.
28. Wubs AG, Aaro LE, Flisher AJ, Bastien S, Onya HE, Kaaya S et al. Dating violence among school students in Tanzania and South Africa: prevalence and socio-demographic variations. *Scand J Public Health*. 2009;37 Suppl 2:75-86.
29. Díaz-Aguado MJ, Martínez r, Martín J. Igualdad y prevención de violencia de género en la adolescencia. Madrid; 2010.
30. Paniagua-Repetto H, García-Calatayud S. Signos de alerta de trastornos alimentarios, de depresión, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria. *Rev Esp Salud Pública*. 2003;77(3):411-22.
31. Fischer S, Stojek M, Hartzell E. Effects of multiple forms of childhood abuse and adult sexual assault on current eating disorder symptoms. *Eat Behav*. 2010;11(3):190-2.
32. Gault-Sherman M, Silver E, Sigfusdottir ID. Gender and the associated impairments of childhood sexual abuse: a national study of Icelandic youth. *Soc Sci Med*. 2009;69(10):1515-22.
33. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2002. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Madrid. 2002.
34. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*. 2006;368(9548):1706-28.
35. Decker MR, Silverman JG, Raj A. Dating violence and sexually transmitted disease/HIV testing and diagnosis among adolescent females. *Pediatrics*. 2005;116(2):e272-6.
36. Windle M. Alcohol use among adolescents and young adults. *Alcohol Res Health*. 2003;27(1):79-85.
37. Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Hannan P. Dating violence among a nationally representative sample of adolescent girls and boys: associations with behavioral and mental health. *J Gend Specif Med*. 2003;6(3):39-48.
38. Currie C et al., eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for children and Adolescents, No. 6).
39. Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scand J Public Health*. 2008;36(1):12-20.
40. Rosenbaum JE. Truth or consequences: the intertemporal consistency of adolescent self-report on the Youth Risk Behavior Survey. *Am J Epidemiol*. 2009;169(11):1388-97.
41. Brener ND, Kann L, Shanklin S, Kinchen S, Eaton DK, Hawkins J, et al. Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System--2013. *MMWR Recomm Rep*. 2013;62(RR-1):1-20.

42. Brener ND, Billy JO, Grady WR. Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *J Adolesc Health*. 2003;33(6):436-57.

43. Galan I, Rodríguez-Artalejo F, Zorrilla B. Reproducibilidad de un cuestionario telefónico sobre factores de riesgo asociados al comportamiento y las prácticas preventivas. *Gac Sanit*. 2004;18(6):440-50.